

علم النفس العلاجي

الدكتورة إجمال محمد سري

أستاذ الصحة النفسية - قسم علم النفس

كلية الدراسات الإنسانية - جامعة الأزهر

علاء الكتب

القاهرة

إهداء

- إلى كل من علمني
- إلى زوجي وأولادي
- إلى طلابي وطالباتي

علاء الكتب

نشر • توزيع • طباعة

الإدارة :

١٦ ش جواد حسنى - القاهرة

تليفون : ٣٩٢٤٦٢٦

فاكس : ٣٩٣٩٠٢٧

المكتبة :

٢٨ ش عبد الخالق ثروت - القاهرة

تليفون : ٣٩٢٦٤٠١

ص.ب : ٦٦ محمد فريد

الرمز البريدي : ١١٥١٨

حقوق الطبع محفوظة

الطبعة الثانية

١٤٢٠ هـ - ٢٠٠٠ م

رقم الإيداع : ١٥٧٥٤ / ١٩٩٩

ISBN : 977 - 232 - 194 - 7

بسم الله الرحمن الرحيم تقديم الطبعة الأولى

علم النفس العلاجي، أو علم النفس الكلينيكي، أو علم النفس العيادي، مجال من المجالات التطبيقية لعلم النفس، ينمو بسرعة، ويطبق في ميدان الصحة النفسية، ويتزايد الاهتمام به في مجتمعنا. وتتعدد طرق علم النفس العلاجي، ووسائله تبعاً لحالة المريض وشخصيته وتبعاً لإعداد المعالج واتجاهه العلمي، وتبعاً لظروف العلاج المتاحة. وتشارك طرق العلاج النفسى ووسائله كلها في أنها تؤدي إلى تعديل السلوك المضطرب، وإعادة التوازن النفسى، والتوافق الشخصى والاجتماعى، وتحقيق الصحة النفسية.

ويتضمن هذا الكتاب باين يضمن عدداً من الفصول.

* الباب الأول: ويحتوى على أسس علم النفس العلاجي فى فصول تتناول: مفاهيم أساسية فى علم النفس العلاجي، والصحة النفسية، والتوافق النفسى، والمرضى النفسى، وأسباب الأمراض النفسية، وأعراض الأمراض النفسية، والفحص والتشخيص والمآل، ووسائل جمع المعلومات فى العلاج النفسى، وعملية العلاج النفسى.

* الباب الثانى: ويحتوى على طرق العلاج النفسى فى فصول تتناول: تعدد طرق العلاج النفسى، والتحليل النفسى، والعلاج السلوكى، والعلاج الجماعى، والعلاج الاجتماعى والعلاج باللعب، والعلاج بالعمل، والإرشاد العلاجي، والعلاج العقلانى الانفعالى، والعلاج بالواقع، والعلاج بالقراءة، والعلاج الجشتالتى، والعلاج بتحقيق الذات، والعلاج النفسى بالفن، والعلاج النفسى الدينى، والطرق التوفيقية والتركيبية.

والله الموفق ،،،

الدكتورة إجلال سرى

القاهرة ١٩٩٠

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم الطبعة الثانية

الحمد لله والصلاة والسلام على سيدنا محمد، وعلى جميع الأنبياء والمرسلين... وبعد...

يسعدنى أن أقدم الطبعة الثانية من كتاب علم النفس العلاجى إلى أساتذتى وزملائى وطلابى، وإلى كل من قدمت لهم الطبعة الأولى من المهتمين بعلم النفس العلاجى من المعالجين والمرشدين النفسيين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمعلمين.

وأقدم جزيل الشكر وعظيم التقدير إلى كل من لفت نظرى إلى ما يحتاج إلى شرح أو تبسيط أو إضافة أو إيضاح، وخاصة زوجى الأستاذ الدكتور حامد زهران.

وفى هذه الطبعة تم تعديل بعض الأجزاء فى ضوء أحدث البحوث والدراسات النفسية.

والله الموفق ،،،

المؤلفة

القاهرة ٢٠٠٠

الباب الأول

أسس علم النفس العلاجي

• مفاهيم أساسية في علم النفس العلاجي

• الصحة النفسية

• التوافق النفسي

• المرض النفسي

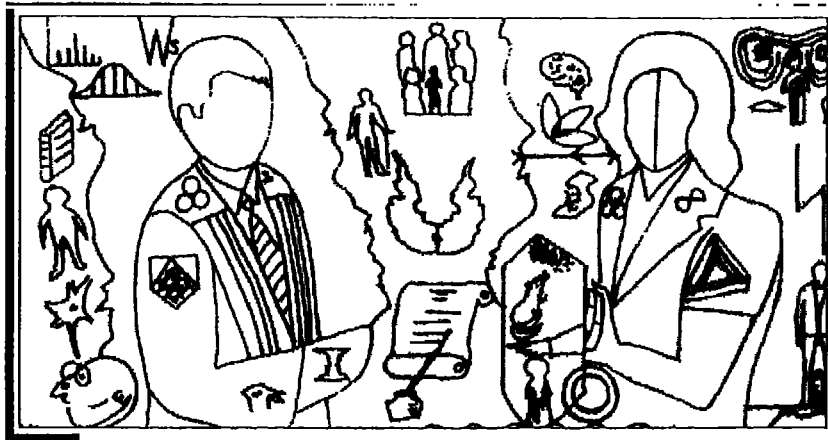
• أسباب الأمراض النفسية

• أعراض الأمراض النفسية

• الفحص والتشخيص والمآل

• وسائل جمع المعلومات في العلاج النفسي

• عملية العلاج النفسي



شکل (۱)

الفصل الأول

مفاهيم أساسية فى علم النفس العلاجى

مقدمة:

علم النفس العلاجى هو أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس، وهو يقوم على الاستفادة من الدراسات التى أمكن الوصول إليها من نتائج هذه البحوث والدراسات فى فروع علم النفس النظرية والتطبيقية، ومن العلوم المتصلة به، والهدف من ذلك فهم وتحديد موضوعى للدول السواء واللاسواء، وذلك بهدف زيادة كفاءة الخدمات النفسية العلاجية التى تقدم للمرضى النفسيين فى مجال الفحص والتشخيص والمآل، والتأهيل والعلاج.

ويهدف علم النفس العلاجى أيضاً إلى فهم متغيرات وحدود السواء واللاسواء لزيادة وقاية الأفراد من الوقوع فى الظواهر المرضية (سليمان الحضرى الشيخ وآخرون، ١٩٨٨).

تعريف علم النفس العلاجى: Clinical Psychology

ذكر المؤلفون تعريفات كثيرة لعلم النفس العلاجى، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر ما يلى:

* هو أحد ميادين علم النفس، يتناول المعارف والمهارات التى تستخدم فى مساعدة المرضى الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو عقلية، وذلك لتحقيق توافق أفضل، ويتضمن تدريب وممارسة فى التشخيص والعلاج والوقاية. (هوراس إنجليش وآفا إنجليش English & English، ١٩٥٨).

* هو ذلك الميدان من ميادين علم النفس الذى يتناول تشخيص الأمراض النفسية والعقلية، واضطرابات السلوك وعلاجها، ويستعين بوسائل

- وأدوات علمية، ويتم هذا التشخيص وذلك العلاج فى عيادة نفسية .
(مصطفى فهمى، ١٩٦٧).
- * هو العلم الذى يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون فى سلوكهم اختلافاً كبيراً عن غيرهم من الناس، أو الدراسة النفسية لغير الأسوياء أو الشواذ . (عطية هنا وسامى هنا، ١٩٧٦).
- * هو فرع من علم النفس يهتم بالفحوص النفسية مع إجراء الاختبارات النفسية التى تساعد على تشخيص المرض وتوجيه العلاج . (وليم الخولى، ١٩٧٦).
- * هو تطبيق للطريقة العلاجية: تشخيصاً، وتنبؤاً وعلاجاً. (لويس كامل مليكة، ١٩٧٧).
- * هو فرع من فروع علم النفس يعنى بتشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها. (فاخر عاقل، ١٩٧٧).
- * هو الميدان التطبيقى للمبادئ النفسية التى تهتم أساساً بالتوافق النفسى بهدف مساعدة الفرد فى العيش فى سعادة وأمن. (جولييان روتر، ١٩٧٧).
- * هو العلم الذى يدرس الاضطرابات الانفعالية والفكرية، ويشمل تشخيص المرض والعلاج والبحث . (عبد المنعم الحفنى، ١٩٧٨).
- * هو أحد فروع علم النفس، ويهتم بدراسة الاضطرابات النفسية وعلاجها، وذلك عن طريق العيادات المتخصصة لعلاج وإرشاد الأطفال، والإرشاد الزوجى، وجناح الأحداث، والضعف العقلى، و فى العيادات النفسية التربوية (أحمد زكى بدوى ١٩٧٨).
- * هو أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث، وهو يعتمد على الاستفادة من المعلومات والمهارات التى أمكن تحصيلها من جميع فروع علم النفس، الأساسية والتطبيقية، بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية

التي تقدم للمرضى النفسيين في مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه والتأهيل، وتدابير الوقاية . (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٥).

* هو منحى فى تحليل صعوبات واضطرابات التعلم من خلال استخدام اختبارات ووسائل وأدوات متنوعة، وذلك فى محاولة للكشف عن حاجات معينة، وتخطيط برنامج تربوى موجه لعلاج الاضطرابات. (عادل الأشوال، ١٩٨٧).

وتعرف المؤلفة علم النفس العلاجى على النحو التالى:

«علم النفس العلاجى هو ميدان من ميادين علم النفس التطبيقى، يطبق المبادئ النفسية التى تهتم بالتوافق النفسى للأفراد، ويتناول تشخيص المشكلات والاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية والعقلية، لتحديد أسبابها وأعراضها، باستخدام وسائل وأساليب وأدوات علمية، والتنبؤ بمآلها، وعلاجها باستخدام طرق العلاج النفسى، فى عيادات نفسية، حتى تصبح الشخصية سوية متمتعة بالصحة النفسية، وحتى يعيش الفرد فى أمن وسعادة».

تاريخ علم النفس العلاجى:

الاضطرابات النفسية التى يعانى منها الإنسان قديمة منذ فجر التاريخ. وقبل نشوء علم النفس العلاجى، كان موقف الإنسان من الاضطرابات النفسية، وما يزال، ذا طرفين: التفسير من ناحية، والعلاج من ناحية أخرى. (نعيم الرفاعى، ١٩٩٤).

وفى العصور القديمة، كان الإنسان فى أفريقيا وآسيا يرجع أسباب الاضطراب النفسى إلى غضب الآلهة، ولذلك فإن العلاج يحتاج إلى طقوس دينية فى المعابد، وظهر ذلك فى الحضارة المصرية، والحضارة البابلية، والحضارة الصينية، والحضارة الهندية. وكان الاضطراب النفسى

يفسر باحتلال الأرواح الشريرة ومس الجن لجسم المريض، ولذلك فإن العلاج يحتاج إلى تعاويد لطردها.

وتمخضت الحضارة اليونانية عن تطور مؤداه أن سبب الأمراض العقلية «علوى»، ثم ذهبوا إلى أن الاضطراب النفسى يرجع إلى اضطراب فى أخلاط الدم الأربعة «الدم والبلغم والصفراء والسوداء»، ويستخدم فى العلاج الأعشاب مع العناية بالمريض.

واستمرت هذه الاتجاهات فى الحضارة الرومانية، وأضيف تفسير الاضطرابات العقلية بالصدمات العاطفية، مع التركيز فى العلاج على وضع المريض فى مكان هادئ ومعاملة بعطف، واستخدام التمثيل النفسى المسرحى فى العلاج.

وفى الحضارة العربية الإسلامية، ظهرت النزعة الإنسانية فى تفسير وعلاج الأمراض النفسية، وأنشئت مستشفيات عقلية فى القاهرة ودمشق وحلب وفاس وغيرها.

وفى أوروبا، فى القرون الوسطى، سادت أفكار تأثير السحر والشعوذة واستخدام الأغلال والقيود.

وتطور الحال، وتم التخلي عن استخدام الأغلال والقيود، وظهر تأثير متطور فى فرنسا والمجلترا وألمانيا والنمسا وسويسرا وروسيا وأمريكا.

وعبر القرن الثامن عشر والقرن التاسع عشر ومطلع القرن العشرين، تطور الاهتمام بالاضطرابات النفسية، وكان من أهم ملامحه ما يلى: (نعيم الرفاعى، ١٩٩٤).

* التركيز على أثر العوامل الاجتماعية والنفسية فى نشوء الاضطرابات النفسية وعلاجها.

* ظهور مدرسة التحليل النفسى بنظريتها فى الشخصية وتفسيرها للمرض النفسى وطريقتها فى العلاج.

* ظهور حركة القياس النفسى، ومعامل علم النفس، وأجهزة القياس، والاختبارات النفسية.

- * ظهور حركة القياس النفسى، ومعامل علم النفس، وأجهزة القياس، والاختبارات النفسية.
- * التطور فى تقديم خدمة الفرد والجماعة.
- * تطور حركة الصحة النفسية.
- * تطور الفكر التربوى ليشمل ضرورة الرعاية النفسية، وحل المشكلات والاضطرابات السلوكية، والعناية بالمتخلفين عقليا وغيرهم من المعوقين والجانحين.
- وهكذا، فإن علم النفس العلاجى علم حديث، وهو لا يزال فى دور النمو والتطور، ولقد تأثر فى نشأته بمجالين هامين:
- * دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية والتخلف العقلى.
- * دراسة الفروق الفردية وإنشاء الاختبارات النفسية لقياسها.
- ومر علم النفس العلاجى بمراحل متتالية قبل الحرب العالمية الثانية وأثناءها وبعدها.
- وبدأ علم النفس العلاجى فى ممارسات المعالجين النفسيين والأطباء الفرنسيين والألمان فى محاولاتهم لتصنيف الشذوذ العقلى، وفى دراسة الفروق الفردية فى إنجلترا والولايات المتحدة.
- وقد اهتم علم النفس العلاجى فى أول الأمر بوضع وتطبيق الاختبارات العقلية الفردية لأغراض التشخيص.
- وفى الثلاثينات من القرن العشرين، حدث تحول عام فى اهتمامات المعالجين النفسيين وأوجه نشاطهم، وهى:
- * من الاهتمام الرئيسى بمشكلات ومعوقات الأطفال إلى مشكلات توافق الكبار.
- * من الاهتمام الشديد بقياس الذكاء، ونواحي العجز والآثار التى تحدث عنها فى القيام بالوظائف العقلية إلى الاهتمام بقياس سمات الشخصية والتوافق.

* من الاهتمام بتصنيف الشذوذ العقلي مع إيراد مهمة المعالج النفسى كمطبق للاختبارات ومفسر لها إلى الاهتمام بالعلاج النفسى. (جوليان روتر، ١٩٧٧).

ويلخص عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) أهم معالم تطور العلاج النفسى فيما يلى:

- * من العلاج بالشعوذة إلى العلاج العضوى.
- * من العلاج العضوى إلى التحليل النفسى.
- * من التحليل النفسى إلى العلاج السلوكى.

وفى العقدين الأخيرين من القرن العشرين، نهجت العديد من طرق العلاج النفسى وظهر العديد من الطرق التوفيقية والتركيبية فى العلاج النفسى، وتطورت مقررات علم النفس العلاجى وأصبح تدريس علم النفس العلاجى يحظى بالكثير من التطوير واستخدام أحدث الوسائل باستخدام الكمبيوتر، لتناسب إعداد المتخصصين فى علم النفس العلاجى للقرن الحادى والعشرين. (جون سولر Suler، ١٩٨٧، رويرت وودوورث، لى سيكريست Woodworth & Sechrest، ١٩٩٢).

وأخذ علم النفس العلاجى اتجاهاً جديداً يتمثل فى «علم النفس العلاجى التنموى» Developmental Clinical Psychology.

وتطورت برامج دراسة علم النفس العلاجى فى الجامعات، وظهرت العيادات النفسية المستقلة التى تمارس العلاج النفسى بطرق تتطور عاماً بعد عام. وتقدمت البحوث العلمية التى تنشر فى الدوريات العلمية المتخصصة فى علم النفس العلاجى. (حامد زهران، ١٩٩٧).

وتبشر البحوث والدراسات المبتكرة بمستقبل مشرق وتقدم ملموس فى علم النفس العلاجى. ومن الابتكارات الجديدة، استخدام السينما فى العلاج النفسى باعتبارها وسيلة تعليمية، تستثير المناقشة وتساعد فى مقاومة

المقاومة والتخفف من الدفاعات في عملية العلاج وأطلق عليه وليام هاس (1995) Haas العلاج بالسينما Cinematherapy.

ويشير ميشيل آدمز ستيفكو Adams - Stefko (1995) إلى تعاضم الاستفادة من التطور التكنولوجي والتوافق مع التكنولوجيا الجديدة مع دخول القرن الحادي والعشرين في مجتمع التكنولوجيا المتقدمة hi - tech society.

مسلمات في علم النفس العلاجي،

توجد مسلمات عديدة في علم النفس العلاجي، ومن أهمها ما يلي:

* السلوك يحركه دافع ويسمى لإشباع حاجة: وتنظم الدوافع والحاجات على شكل تدرج هرمي، وبعضها أقوى من الآخر، والبعض أولى والبعض الآخر ثانوي.

* السلوك الإنساني يتحدد بدوافع شعورية ولا شعورية: يركز رواد التحليل النفسي على الصراعات والدوافع اللاشعورية كعمليات افتراضية، ويصف آخرون هذه العمليات بأنها عمليات غيبية، ويفضل رواد النظريات الحديثة الحديث عنها على المستوى الشعوري المدرك المحسوس. وعلاوة على ذلك فإن معظم المعالجين النفسيين يسلّمون بأن السلوك الإنساني قد يتحدد بعمليات ليس الإنسان على وعى بها كلية.

* السلوك أنماط متعددة: أساليب السلوك عموماً مكتسبة ومتعلمة من البيئة، ويؤكد رواد نظريات الشخصية والسلوكيون أن التفاعل قائم بين خصائص الكائن الإنساني الوراثة والبيئة المكتسبة وعمليات التعلم.

* يتصف السلوك بالاتساق والاطراد: يتميز السلوك الإنساني بالاتساق والاطراد في الدوافع وأساليب السلوك، وإشباع الدوافع والحاجات وهذا الاطراد في السلوك هو الذي يسمح بالتنبؤ بسلوك الفرد المستقبل

فى ظروف مختلفة حيث يحاول المعالج النفسى أن يحدد الأساليب المطردة فى التفكير والاستجابات.

* **الشخصية تنظيم دينامى ثابت نسبياً:** يمكن النظر إلى الشخصية على أنها تنظيم ثابت نسبياً للنواحي النفسية والجسمية التى تحدد سلوك الفرد وأسلوب حياته، وهى نتاج تفاعل دينامى للإمكانات الداخلية - النفسية الأساسية مع العلاقات الإنسانية فى إطار اجتماعى . لذلك يجب النظر إلى الشخصية وإلى السلوك الذى يصدر عنها على أنها نتاج تفاعل الأجهزة المختلفة أو نتاج الصراع المتفاعل ما بين القوى الذاتية من جهة وبين القوى الموضوعية من جهة أخرى ، والفرد المتوافق هو الذى يستطيع أن يحل صراعاته ويزيل توتراته ويشبع حاجاته بما يتلاءم مع الواقع . أما الفرد غير المتوافق فهو يلجأ إلى حيل الدفاع اللاشعورية.

* **الشخصية وحدة كلية:** الشخصية وحدة كلية متكاملة، ولذلك فإن الأعراض الخاصة بالمرض ليست بمعزل عن الشخصية، ولكل عرض معنى وصلة وثيقة بحياة المريض النفسية، ولذلك فليست للأعراض فى المنهج العلاجى من دلالة أو معنى إلا بالرجوع لوحدة الشخصية فى صلتها بالعالم، والنظرة الكليينكية لا تقتصر على قطاع سلوكى بعينه وإنما تضع فى اعتبارها كافة الاستجابات التى تصدر عن الفرد ككل.

* **الشخصية وحدة زمنية:** ومعنى ذلك أن استجابات الشخصية لموقف معين إنما تتضح فى ضوء تاريخ الفرد وحاضره واتجاهه للمستقبل ، ولذلك تعتبر دراسة الحالة من الأدوات الرئيسية التى تعين المعالج النفسى على تشخيص وفهم حالة الفرد وعلاقته بالبيئة. (عطوف ياسين، ١٩٨١، فيصل عباس، ١٩٨٣).

المنهج العلاجى (الكليينكى):

يهدف المنهج العلاجى إلى مساعدة الفرد المضطرب سلوكياً بصرف

النظر عن مجال الاضطراب. وسواء كان الفرد مريضاً بالحمى أو طفلاً لديه نوبة غضب أو طالباً متخلفاً دراسياً أو عاملاً يعاني من مشكلات مهنية، فإن الجميع يبحثون عن العلاج الذي يحتاجون إليه والمساعدة في حل مشكلاتهم.

والعاملون في مجال علم النفس العلاجي، والذين يستخدمون المنهج العلاجي يعرفون أهدافهم، وهي: العلاج، ويعرفون منهجهم، وهو: المنهج العلاجي.

ومصطلح «كlinikى» Clinical مشتق من مصطلح يوناني يعنى «سريرى». وقد أخذ هذا المصطلح معنى طبيّاً مع مرور الزمن، وأخذ معنى «عيادى». وعلى العموم فإن المنهج الكlinikى يتضمن فحص المريض، وتشخيص حالته، وعلاجه سواء كان ذلك على السرير أو فى العيادة أو فى أى مكان آخر.

ويقصر البعض مصطلح «كlinikى» - فى مقابل علمى - على الخبرة العلاجية التطبيقية الميدانية مقابل دراسة العلوم الأساسية اللازمة لمهنة العلاج وعلى ذلك فإن طالب علم النفس العلاجي عليه أن يكتسب المعارف العلمية الأساسية والخبرة العلاجية اللازمة فى تدريبه.

والمنهج الكlinikى فى علم النفس العلاجي قريب إلى حد كبير من ميدان الطب وليس مطابقاً له، على الرغم من اشتراك علم النفس العلاجي أو العلاج النفسى فى عناصر كثيرة مع الطب النفسى Psychiatry.

ويعتبر ليتنر وبيتمر Witmer أول من أنشأ عيادة نفسية فى جامعة بنسلفانيا بأمريكا فى أواخر القرن التاسع عشر، وبالتحديد سنة ١٨٩٦، وقدم المنهج الكlinikى فى علم النفس كطريقة بحث وعمل، تقوم على دراسة وفحص حالات كثيرة (حالة فى كل مرة) يمكن الخروج منها

بتعميمات تكون المادة العلمية لعلم النفس العلاجي وهو بهذا يعتبر أن
العيادة النفسية هي مكان بحث ودراسة وفحص وتشخيص وعلاج.

ومع مرور الوقت تطور المنهج العلاجي، ولم يعد قاصراً فقط على
الجوانب النفسية. فمنذ أيام سيجموند فرويد Freud تطورت طرق
التشخيص - خاصة الأساليب الإسقاطية.

والمنهج الكلينيكي في علم النفس العلاجي في الوقت الحاضر يتضمن
تطبيق مبادئ علم النفس وقوانينه ونظرياته وفتياته لحل مشكلات الفرد
وعلاج اضطرابه ومرضه. واتسع المجال المعرفي والتطبيقي ليشمل قوانين
علم النفس، ونظرياته الشخصية، والطب النفسي، والتحليل النفسي، وعلم
الإنسان، وعلم الاجتماع، والتاريخ الطبيعي.

وعلى العموم فإن المنهج الكلينيكي يقوم بدراسة الحالات دراسة عميقة
تشكل كل حالة منها شخصاً بأكمله بقصد فهمه وعلاجه.

(روبرت واطسون Watson، ١٩٥١، فيصل عباس، ١٩٨٣).

أهداف علم النفس العلاجي:

حدد المعالجون النفسيون أهداف علم النفس العلاجي فيما يلي:

* **نمو الشخصية:** تنمو شخصية الفرد نمواً مستمراً بما يتميز به من خصائص
ذاتية ترجع لما يتعرض له الفرد من عوامل وراثية وبيئية، وتعرض الفرد
للمشكلات التي قد تعوق النمو النفسي. ويهدف العلاج إلى مساعدة
الفرد في كيفية حل هذه المشكلات أو ما قد يطرأ منها في حياته اليومية.

* **التوافق النفسي:** وهو توافق الفرد مع نفسه ومع الآخرين شخصياً ومهنيًا
وزواجياً وأسريراً واجتماعياً وانفعالياً.

* **الصحة النفسية:** ويتمثل ذلك في تحقيق الصحة النفسية للفرد والمجتمع.

(مصطفى فهمي، ١٩٦٧).

مجالات علم النفس العلاجي:

- لعلم النفس العلاجي مجالات ثلاثة رئيسية هي:
- * **الدراسة النظرية:** وتشتمل على دراسة الشخصية، والأمراض النفسية والعقلية، واضطرابات السلوك، والعلاج النفسى.
 - * **الدراسة التطبيقية:** وتشتمل على دراسة الحالة وتاريخها وإجراء الاختبارات التشخيصية ، وعملية العلاج.
 - * **العيادة النفسية:** وتشتمل على ، تنظيمها، والهيئة التي تعمل بها، وإجراءات العمل، وأخلاقيات العمل. (مصطفى فهمى ، ١٩٦٧).

علم النفس العلاجي والعلوم المتصلة به:

يأخذ علم النفس العلاجي من عدد من العلوم ويعطيها، وذلك على النحو التالي : (انظر شكل ٢).

* الطب: Medicine

يهتم الطب بدراسة الأمراض وعلاجها ، ويعتبر الطب من أوثق العلوم المتصلة بعلم النفس العلاجي ، حيث يصاحب الأعراض الجسمية سوء توافق لدى الفرد. فالفرد المصاب بأمراض جسمية فى العادة يعانى من اضطرابات نفسية مصاحبة للمرض الجسمى. ومن أمثلة ذلك حالات أمراض الجهاز العصبى التى تظهر فى شكل سلوك مضطرب للمريض. ومن أبرز ما يشترك فيه العلاج النفسى والطب الاضطرابات النفسية الجسمية Psychosomatic Disorders .

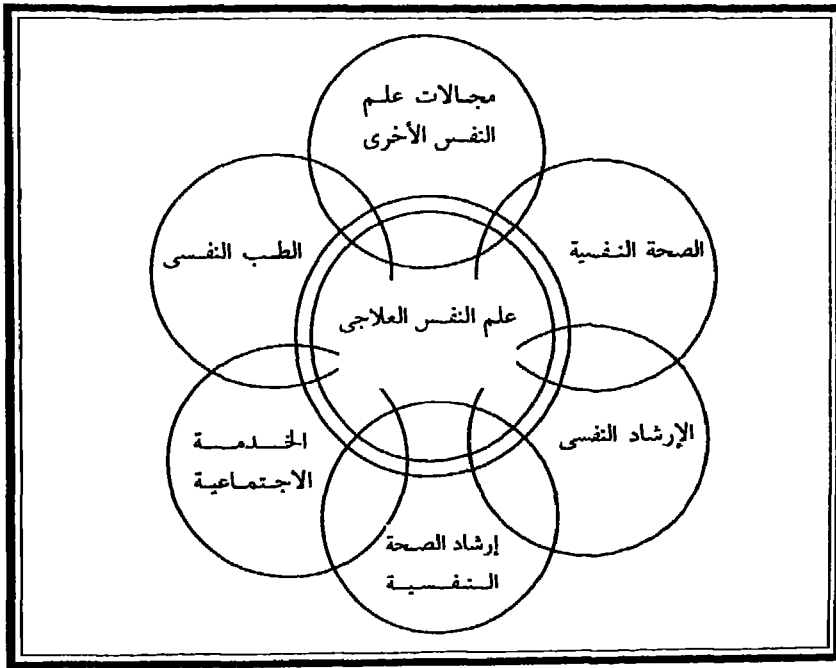
* الطب النفسى: Psychiatry

يشترك علم النفس العلاجي والطب النفسى فى دراسة سلوك الإنسان غير السوى مثل الأمراض العصبية أو الأمراض الذهانية. والطبيب النفسى واحد من فريق العلاج النفسى.

* التوجيه والإرشاد النفسي:

Psychological Guidance & Counselling

توجد علاقة قوية بين مجال التوجيه والإرشاد وبين علم النفس العلاجي، وذلك بحكم دراسة وتدريب وتطبيق مجموعة من الاختبارات والمقاييس الشاملة، وذلك لتحديد وتوجيه حالات التأهيل المهني، والمرضى النفسيين، وضعاف العقول.



شكل (٢) علم النفس العلاجي والعلوم المتصلة به

* الخدمة الاجتماعية: Social Work

وتسهم في ميدان العلاج النفسي كما في التربية الاجتماعية للجانحين ودراسة حالاتهم اجتماعياً، وأسرياً، ومهنيًا، والمشاركة في التوجيه والإرشاد النفسي، والعلاج الجماعي والاجتماعي، والأخصائي الاجتماعي عضو في فريق العلاج النفسي.

* علم الصحة النفسية : Mental Hygiene

وهو من العلوم الأساسية التي يقوم عليها علم النفس العلاجي . فعلم الصحة النفسية هو الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسى والمشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية ، والوقاية منها، وعلاجها.

* إرشاد الصحة النفسية: Mental Health Counselling

إرشاد الصحة النفسية هو إرشاد موجه علاجياً، لتحقيق أفضل مستوى من التوافق والصحة النفسية، عن طريق النمو النفسى السوى، والوقاية من الاضطرابات النفسية، واستخدام طرق العلاج النفسى. (حامد زهران، ١٩٩٨). وهكذا، فإن إرشاد الصحة النفسية يعبر عن الصفة المزدوجة والاتصال بين الإرشاد النفسى والصحة النفسية، التى يمكن تحقيقها بطرق الإرشاد والعلاج النفسى معا. (بيتر شيرارد Sherrard، ١٩٨٩).

* مجالات علم النفس الأخرى:

باعتبار علم النفس العلاجي أحد مجالات علم النفس التطبيقي فإنه فى واقع الأمر يفيد من كافة مجالات علم النفس الأخرى مثل : علم النفس العام، وعلم النفس المرضى، وعلم النفس التعليمي، وعلم النفس الفسيولوجي، وعلم نفس النمو، وعلم النفس الاجتماعى، وعلم نفس غير العاديين، وعلم نفس الشخصية، والقياس النفسى، وعلم النفس العسكرى ، وعلم النفس الجنائى.

* علوم أخرى:

وبالإضافة إلى ما سبق، يفيد علم النفس العلاجي من علوم أخرى مثل: علم الاجتماع، وعلم الإنسان، وعلم الأحياء، ويفيد علم النفس العلاجي أيضاً من العلوم الدينية والقانونية.

بحوث ودراسات عربية في علم النفس العلاجي؛

فيما يلي بعض البحوث والدراسات العربية التي تمت في مجال علم النفس العلاجي:

- إجلال سرى (١٩٨٢) التوافق النفسى لدى المدرسات المتزوجات والمطلقات وعلاقته ببعض مظاهر الشخصية.
- إجلال سرى (١٩٩٠) التوافق المهني لدى مدرسي ومدرسات المواد المختلفة في التعليم الإعدادي والثانوي.
- إجلال سرى (١٩٩١) التوافق المهني والزواجي لعضوات هيئة التدريس بالجامعة.
- أمينة مختار (١٩٨٥) دراسة فاعلية البرنامج السلوكي السريع لتقبل الطفل للمدرسة.
- أمينة مختار (١٩٩٣) مدى فاعلية طريقتين من الطرق السلوكية في التغلب على الاكتئاب عند المراهقين.
- بثينة مصطفى زيور (١٩٧٩) صورة الجسم : دراسة في التحليل النفسى لصورة الجسم لدى الأطفال العصبيين باستخدام أدوات البحث الكلينيكي.
- جمال ماضى أبو العزايم (١٩٧٠) تجربة المعسكرات في علاج الأمراض النفسية.
- حامد زهران (١٩٧٢) مفهوم الذات الخاص في التوجيه والعلاج النفسى.
- حامد زهران (١٩٧٣) الوقاية من المرض النفسى.
- حامد زهران (١٩٧٥) العلاج النفسى الدينى.
- حامد زهران (١٩٧٦) دليل فحص ودراسة الحالة في الإرشاد والعلاج النفسى.

- حامد زهران (١٩٧٧) مقدمة فى الإرشاد والعلاج النفسى وأثرها فى الإرشاد والعلاج: دراسة كلىنىكية.
- حامد زهران (١٩٨٠) العلاج النفسى التربوى للأطفال.
- حامد زهران (١٩٨٦) العلاج بالموسيقى، دراسة استطلاعية، ودعوة للبحث والتطبيق.
- حامد زهران (١٩٨٨) الوقاية فى مجال الإدمان.
- حسام عزب (١٩٧٨) العلاج السلوكى الحديث.
- حسام عزب (١٩٨٠) دور العلاج السلوكى فى تعديل سلوك الأطفال.
- حسين عبد القادر (١٩٧٤) الفصام: بحث فى العلاقة بالموضوع كما تظهر فى السيكدوراما.
- سامى ملحم (١٩٨٧) دراسة لاستخدام الرسم فى علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال.
- سامى هاشم (١٩٨٩) الاتجاه نحو طلب المساعدة النفسية: دراسة على طلاب وطالبات الجامعة والمرحلة الثانوية.
- سامية زكى (١٩٧٩) التشخيص الفارق بين العصائيين والذهانيين والأسوياء باختبارات التذكر.
- سامية القطان (١٩٨٠) كيف تقوم بالدراسة الكلىنىكية.
- سامية القطان (١٩٨١) أمثلة كلىنىكية من الواقع المصرى.
- سعيد عيد (١٩٧٤) موقف التحليل النفسى من قضايا علم الاجتماع المعاصر.
- سهير كامل على (١٩٨١) دراسة كلىنىكية متعمقة فى شخصية المتفوقين من الجنسين باستخدام منهج دراسة الحالة.
- سيد صبحى (١٩٧٦) العلاج العائلى من أحدث طرائق العلاج النفسى.
- سيد صبحى (١٩٧٨) علاج الاتجاهات كأسلوب للعلاج النفسى.
- سيد صبحى (١٩٧٨) التوافق النفسى للمراهق والمراهقة فى (واحة

- الباويطى) وعلاقته بسلوكه الاجتماعى: دراسة تجريبية كLINIكية.
- صفاء غازى (١٩٩٢) فاعلية العلاج الجماعى (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج اللجلجة.
- صفوت فرج (١٩٨٦) أبعاد الشخصية والخصائص الكLINIكية فى مفهوم الذات.
- عابدة عبد الحميد (١٩٩٠) العلاج بالفن مدخل نفسى وتنموى لرعاية الطفل المتخلف عقليا: دراسة حالات.
- عبد الباسط خضر (١٩٩٠) دراسة فاعلية أسلوبى اللعب الجماعى الموجه والسيكودراما فى علاج مخاوف الأطفال فى المدرسة.
- عبد الباسط خضر (١٩٩١) دراسة لمخاوف الأطفال من المدرسة، أسبابها وإرشاد الآباء لعلاجها: دراسة سيكومترية كLINIكية.
- عبد الرحمن سليمان (١٩٩٣) الإضعاف - التضاؤل التدريجى كفننية سلوكية مقترحة لعلاج المخاوف المرضية وبعض الاضطرابات السلوكية.
- عبد الرقيب البحيرى (١٩٨٥) تشخيص القلق باستخدام اختبار رورشاخ.
- عبد الرقيب البحيرى (١٩٨٥) الشخصية النرجسية: دراسة فى ضوء التحليل النفسى.
- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٧) التخطيط الكLINIكى لبرامج العلاج النفسى السلوكى وتنفيذها بين جماعات صغيرة من المرضى.
- عبد الصبور سعدان (١٩٨٠) أثر ممارسة اتجاه العلاج الأسرى فى التوافق الشخصى والاجتماعى للأطفال المودعين بالأسر البديلة.
- عبد اللطيف عمارة (١٩٨٥) العلاج العقلانى الانفعالى لبعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة.
- عزيزة السيد (١٩٨١) أنماط القيم الدينية لدى عينة من الشباب المسلمات وعلاقتها بأساليب تنشئتهم وتوافقهم النفسى.

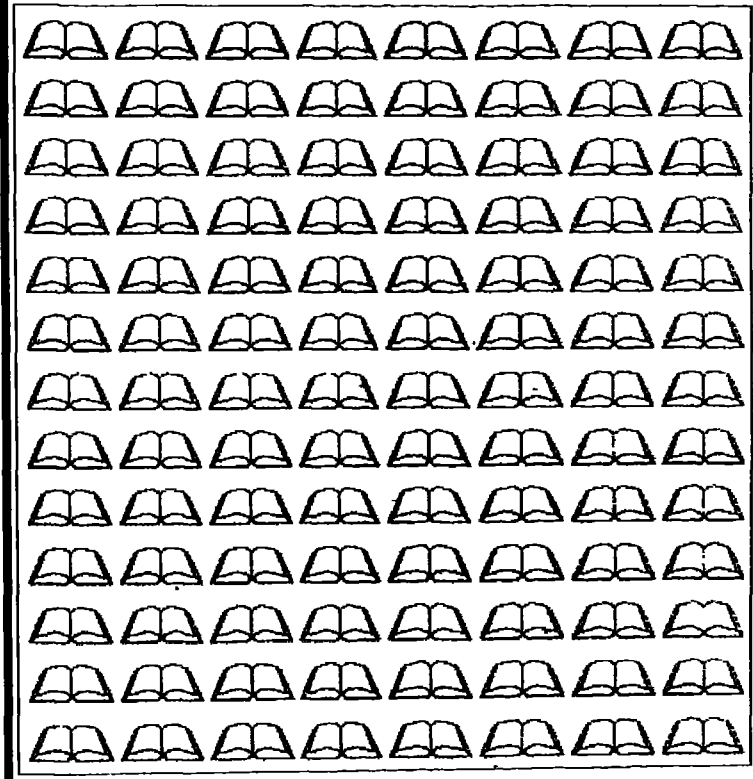
- على السيد سليمان (١٩٨٩) مدى تأثير العلاج النفسى الجمعى غير الموجه على مجموعة من طلاب الجامعة الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية: دراسة كLINيكية.
- فؤاد حامد الموائى (١٩٩٢) فاعلية العلاج بممارسة الألعاب الرياضية الصغيرة فى خفض مستوى الحُجل فى إطار تغيير وتثبيت مجموعة اللعب: دراسة تجريبية.
- فؤاد حامد الموائى (١٩٩٣) فعالية التعرف المعرفى فى تعديل الاتجاه نحو المرض النفسى فى إطار متغير أسلوب التعرض: دراسة تجريبية.
- فؤاد حامد الموائى (١٩٩٣) أثر ممارسة (الاسترخاء - التخيل) على قلق الامتحان الشفهى والأداء الأكاديمى، وعلاقته بعدد وأسلوب الجلسات العلاجية: دراسة تجريبية.
- فاروق أبو عوف (١٩٨٢) رهاب المدرسة: العوامل المؤدية لظهوره، وأساليب علاجه، والتخلص منه.
- فيوليت فؤاد (١٩٧٣) دراسة تحليلية لأحلام اليقظة لدى المراهقات وعلاقتها بحاجاتهن النفسية ومشكلاتهن الانفعالية.
- فيوليت فؤاد (١٩٩٢) مدى فاعلية برنامة لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقليا والمصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم.
- كريمة خطاب (١٩٨٣) المشكلات التوافقية لأطفال الحضانة: دراسة فى التحليل النفسى.
- كوثر رزق (١٩٩٠) دراسة مقارنة فى فاعلية برنامج لعلاج التبول اللاإرادى لدى مجموعتين من الأطفال.
- لوسيل لويس (١٩٨٤) استخدام بعض الأساليب الحديثة (اللعبة، والسيكودراما) فى تدريس اللغة الفرنسية وأثرها على التحصيل والتوافق النفسى للأطفال.
- ماهر الهوارى (١٩٧١) دراسة تجريبية مقارنة لديناميات تعيين الذات وصورة الجسم فى فئات كLINيكية مختلفة.

- مجدى حسن محمود وأحمد خيرى حافظ (١٩٨٩) أثر العلاج النفسى الجماعى فى تخفيض القلق والسلوك العدوانى وازدياد الثقة بالنفس وقوة الأنا لدى جماعة عصابية: دراسة تجريبية.
- مجدى حسن محمود وأحمد خيرى حافظ (١٩٩٠) أثر العلاج النفسى الجماعى فى ازدياد تأكيد الذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية: دراسة تجريبية.
- محمد الشيخ (١٩٨٦) أثر العلاج العقلانى الانفعالى والتحصين المنهجى فى تخفيف قلق الامتحان.
- محمد الشيخ (١٩٩٠) أثر العلاج العقلانى الانفعالى والتحصين المنهجى فى تخفيف قلق الامتحان.
- محمد الشيخ (١٩٩٠) الأفكار اللاعقلانية لدى الأمريكيين والأردنيين والمصريين: دراسة عبر ثقافية فى ضوء نظرية إيسر للعلاج العقلانى الانفعالى.
- محمد الشيخ (١٩٩٠) أثر العلاج بالواقع فى تعديل مفهوم الذات لدى المعاقين جسميا.
- محمد شعلان (١٩٧٠) الكم والكيف فى علاج الأمراض النفسية.
- محمد محمد بيومى خليل (١٩٨٩) علاج انحراف الشباب من منظور إسلامى.
- محمود إبراهيم فرج (١٩٩٢) فاعلية العلاج العقلانى الانفعالى فى حل مشكلات المراهقة.
- نبيل حافظ (١٩٨٢) مدى فاعلية العلاج الجشتالتى فى تخفيف القلق لدى طلاب المرحلة الثانوية.
- نبيل حافظ (١٩٨٥) تجربة فى المعسكرات العلاجية.
- هدى برادة وحامد زهران (١٩٧٤) التأخر الدراسى: دراسة كLINيكية لأسبابه فى البيئة المصرية.

المجلات العلمية الدورية العالمية المتخصصة في علم النفس العلاجي:

من المجلات العلمية الدورية العالمية المتخصصة في العلاج النفسي وبحوثه ما يلي:

- Academic Therapy.
- American Collective Therapy Journal.
- American Journal of Art Therapy.
- American Journal of Psychotherapy.
- Annals of Clinical Research.
- Art Psychotherapy.
- Arts in Psychotherapy.
- Art Therapy.
- Behavior Modification.
- Behavior Modification Monographs.
- British Journal of Social and Clinical Psychology.
- Bulletin of Art Therapy.
- Bulletin of the British Association of Psychotherapists.
- Clinical Psychologist.
- Chincial Science.
- Clinical Social Work Journal.
- Cognitive Therapy and Research.
- Current Therapertic Research.
- Developmental Clinical Psychology & Psychiatry.
- Etudes Psychotherapiques.
- Indian Journal of Clinical Psychology.
- Journal of Behavioral Analysis and Modification.
- Journal of Child Psychotherapy.
- Journal of Chincial Child Psychology.
- Journal of Clinical Experimental Psychopathology.
- Journal of Clinical Psychology.
- Journal of Consulting and Ciincial Psychology.
- Journal of Primal Therapy.
- Journal of Sex and Marital Therapy.
- Multivariate Experimental Clinical Research.
- Music Therapy Perspectives.
- Praxis Psychotherapie.
- Psychotherapy :Theory , Research and Practice.
- Radical Therapist.
- Voices: Journal of the American Academy of Psychotherapists.

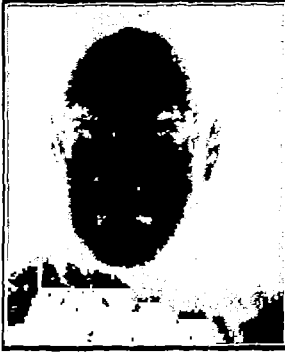


الفصل الثاني

الصحة النفسية

MENTAL HEALTH

تعريف الصحة النفسية:



شكل (٣)

عبدالعزیز القوصی رائد الصحة النفسية

أورد المؤلفون تعريفات للصحة النفسية نذكر منها ما يلي:

* هي التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الشعور الإيجابي بالسعادة والكفاية.

(عبدالعزیز القوصی ، ١٩٦٢).

* هي حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة

بما يؤدي إلى حسن استثماره لها،

ومما يؤدي إلى تحقيق وجوده - أي تحقيق إنسانيته . (عبدالسلام عبد الغفار، ١٩٧٦).

* هي توافق الفرد توافقاً سليماً للحياة، والتعايش مع الآخرين، والشعور بالسعادة والراحة النفسية مع نفسه ومع الآخرين. (محمد خليفة بركات، ١٩٧٨).

* هي المهارة في تكوين علاقات شخصية - اجتماعية فعالة ، والدخول في علاقات اجتماعية إيجابية ومقبولة من الفرد والمجتمع . (عبدالستار إبراهيم، ١٩٨٣).

* هي حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً مع نفسه ومع بيئته، ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق

ذاته، واستغلال قدراته وإمكاناته، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته سوية، ويكون سلوكه عادياً بحيث يعيش في سلامة وسلام (حامد زهران، (١٩٩٧).

وتعرف المؤلفة الصحة النفسية بأنها: «حالة يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً، ويشعر بالسعادة والكفاية والراحة النفسية، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته واستثمار طاقاته، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وإدارة الأزمات النفسية، وتكون شخصيته سوية متكاملة، ويكون سلوكه عادياً.»

مظاهر الصحة النفسية:

من أهم مظاهر الصحة النفسية ما يلي:

* **السوية:** وهي التمتع بالسلوك العادى المعيارى، أى المقبول والمألوف والغالب على حياة غالبية الناس فى المجتمع.

* **التوافق:** ويتضمن التوافق الشخصى، والرضا عن النفس والانزان الانفعالى، والتوافق الاجتماعى، والزواجى، والأسرى، والمدرسى، والمهنى .

* **السعادة:** وتتضمن الشعور بالسعادة مع النفس ومع الآخرين، والتكامل الاجتماعى والصدقات الاجتماعية.

* **التكامل:** ويقصد به التكامل النفسى الذى يكفله تكامل الشخصية وظيفياً ودينامياً، وتكامل الدوافع النفسية.

* **تحقيق الذات:** ويتضمن فهم الذات، ومعرفة القدرات، وتقدير الذات وتقبلها، ووضع أهداف ومستويات تطلع وفلسفة حياة يمكن تحقيقها فى ثقة.

* **مواجهة مطالب الحياة:** ويتضمن ذلك مواجهة الواقع، ومواجهة مواقف الحياة اليومية والمشكلات وحلها، وتحمل المسؤولية الاجتماعية في مجال الأسرة والعمل والعلاقات الاجتماعية.

* **الفاعلية:** وتتضمن السلوك الموجه نحو حل المشكلات وتخفيف الضغوط عن طريق المواجهة المباشرة لمصدر هذه المشكلات وتلك الضغوط.

* **الكفاءة:** وتتضمن استخدام الطاقة في وقتها من غير تبديد لجهود الفرد، وهو من الواقعية بدرجة تمكنه من تخطي العقبات، وبلوغ الأهداف.

* **الملاءمة:** وتعنى ملاءمة الأفكار والمشاعر والتصرفات في المواقف المختلفة.

* **المرونة:** وتتضمن القدرة على التوافق والتعديل لمواجهة الصراع والإحباط، وذلك لحل المشكلات بدلاً من تجميدها على النظم القديمة، والرغبة في التعلم وفي التغيير والتجريب.

(حامد زهران ١٩٩٧، ريتشارد سوين ، ١٩٧٩ مصطفى الشراوى ، ١٩٨٣، فيصل الزراد، ١٩٨٤).

الصحة النفسية والدين:

مما لا شك فيه أن الدين الإسلامى قد جاء لمصلحة بنى البشر وإنقاذ لهم مما كانوا يتخبطون فيه من فساد فى العقيدة وأمراض فى النفوس والأجساد، ومعضلات اقتصادية واجتماعية، وحروب لا تبقى ولا تذر. وجاء هذا الدين خاتمة للأديان السماوية التي جاءت من قبله، جاء للناس كافة كدين عالمى وإنسانى.

والإسلام هو خاتم الرسالات، ولذلك كان لا بد أن يكون شاملاً يتناول الإنسان فى كليته وفى مجتمعه وفى سوائه ومرضه، يتناوله فى علاقته بخالقه وما تقتضيه تلك العلاقة من عبادة للخالق وتقرباً إليه وطلب العون منه عند الشدة.

والصحة النفسية على أساس النظرة الإسلامية للإنسان تؤكد أهمية أن يعيش الإنسان على فطرته في قرب من الله ، وسلام مع الناس ، وسلام وسلامة مع النفس، ونجاح في الحياة. وهذا المفهوم يرتبط أساساً بديننا الحنيف وثقافتنا العربية الإسلامية، وهو في نفس الوقت ذو طابع يشمل أبعاد الإنسان الروحية والنفسية والحوية والاجتماعية .(محمد عودة وكمال مرسى، ١٩٨٤).

وفيما يرى أبو حامد الغزالي عن الصحة النفسية في رأى الدين: أن السواء والصحة النفسية مرجعهما إلى التقوى والورع والخشية ونقاء السريرة.

ولقد بين علماء الدين السلوك النفسى السوى مقتدين بكتاب الله وستة رسوله، وأوضحوا حقيقة النفس وأقسامها، وخصائصها ، وأوضاعها وصفاتها، والأمراض التى تصيبها مثل : العجب والغرور والطمع والشهه والرياء.

ولقد نزل القرآن الكريم لهداية الناس جميعاً ولدعوتهم إلى العقيدة والتوحيد، ولتعليم قيم وأساليب جديدة لإرشادهم إلى السلوك السوى الذى فيه صلاح الإنسان وخير المجتمع، ولتوجيههم إلى الطرق الصحيحة لتربية النفس وتنشئتها تنشئة سليمة تؤدى إلى بلوغ الصحة النفسية والتوافق النفسى للإنسان. ويقول الله تعالى فى ذلك : ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾ . ويقول تعالى : ﴿... قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ آمَنُوا هُدًى وَشِفَاءٌ...﴾ .

ومن المنظور الدينى، نرى أن الصحة النفسية أساسها سلامة العقيدة وسلامة النفس والجسد من الأمراض والانحرافات والأهواء، وسلامة العلاقات الاجتماعية بين الفرد والجماعة .

وتحتل الصحة النفسية للفرد مكان الصدارة باعتبار أنها تشكل مصلحة رئيسية للفرد. والمتبع لموضوع الصحة النفسية فى مصادر الدين الإسلامى

يجد الشروط التي يجب توافرها لتحقيق الصحة النفسية، ونذكر منها ما يلي:

* الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر، وقضائه وقدره: فالصحة النفسية تتطلب سواء العقيدة الإيمانية وتعنى الشعور بالأمن بعد الخوف ، وسعة الرزق ، والاستخلاف فى الأرض ، والحياة الطيبة، وأخيراً تعنى الصحة النفسية الاطمئنان على حسن الختام والفوز برضى الله.

* سلامة القلب من أمراض الشبهة والشك، وأمراض الشهوة والغى: فعدم سلامة القلب تؤدى إلى اختلال العقيدة الإيمانية ، وأمراض الشهوة والغى تحول فطرة الإنسان الخيرة إلى الحيوانية التى لا تعرف كيف تضبط غرائزها ولا كيف تشبع الحاجات.

* عدم الخضوع لمطالب النفس الأمارة بالسوء أو لمطالب النفس اللوامة المغالية : فالنفس الأمارة بالسوء تدفع بصاحبها إلى طريق الشر حيث الكفر والإلحاد والقتل والربا وأكل مال اليتيم وشرب الخمر والزنا والقعود عن الجهاد.. إلخ، فينحرف الإنسان عن جانب الصواب، أما النفس اللوامة المغالية ، فمهمتها اللوم العنيف لصاحبها، وتهديده بالعقاب ، ودفعه للانتقام من نفسه على ما ارتكبه من معاصى وتخويفه حتى يفقد أمنه فلا يجد له ملجأ ويعيش ينتظر قضاءه.

* سلامة الجسم من الأمراض وقوته : فالمؤمن القوى السليم خير من المؤمن الضعيف المريض.

* سلامة النفس من الهم والحزن والعجز والكسل والجبن والبخل وغلبة الدين وقهر الرجال.

* التمتع بعلاقات اجتماعية سليمة وتحمل المسؤولية الاجتماعية، واحترام إرادة الجماعة، والالتزام بما تتفق عليه ، والشعور بآمال وآلام الجماعة، ومشاركتها أفراحها وأتراحها.

* حسن الخلق: هو أن يتعامل الفرد مع الله ومع نفسه ومع الناس معاملة حسنة، وحتى ينمو الفرد ككل متكامل بأبعاده الأساسية وهي: الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية. (محمد عودة وكمال مرسى، ١٩٨٤، ناهد الخراشي، ١٩٨٧، كمال إبراهيم مرسى، ١٩٨٨).

معايير الصحة النفسية:

للصحة النفسية معايير منها ما يلي:

* **المعيار المثالي:** هو المبالغة في التقدير ورفع الشأن بما يقرب من الكمال، واعتبار السوية هي المثال.

* **المعيار الذاتي:** هو السلوك السوي الذي يحقق للفرد الشعور بالارتياح والتخفف من توتراته، ويحرره من صراعه وقلقه، ويشعره بالكفاءة والجدية، ويمكنه من تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، ويساعده على التوافق الجيد مع نفسه ومع الآخرين، ويوصله إلى التكامل بين جوانب شخصيته، واتساق بين مشاعره وأفكاره، وبين أقواله وأفعاله. ويمتاز المعيار الذاتي بسهولة تطبيقه وشيوعه بين أفراد المجتمع، فكل فرد يصف سلوكه في ضوء إطاره المرجعي.

* **المعيار الاجتماعي:** هو كل سلوك يقوم على احترام العقائد الدينية والقيم والمبادئ والعادات والتقاليد التي تعمل على تماسك واستقرار أفراد المجتمع.

* **المعيار الإحصائي:** هو تكرار السلوك وانتشاره وشيوعه بين أفراد المجتمع بشكل واضح.

* **المعيار الإسلامي:** هو السلوك الذي يقوم على عمل الواجب ابتغاء مرضاة الله تعالى، وإجتنب المحرمات أو المكروهات خوفاً من سخط الله. يقول الله تعالى: ﴿وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ وَنَهَى النَّفْسَ عَنِ الْهَوَىٰ ۗ فَيَٰئُتِ الْجَنَّةَ هَيَّ الْمَأْوَىٰ﴾ (النازعات: ٤٠، ٤١).

الفصل الثالث

التوافق النفسى

PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT

التوافق النفسى هو جوهر الصحة النفسية وهدف العلاج النفسى، ففى جميع تعريفات الصحة النفسية والعلاج النفسى يأتى التوافق النفسى فى مقدمة التعريفات.

تعريف التوافق النفسى؛

التوافق النفسى هو عملية دينامية مستمرة ، يحاول فيها الفرد تعديل ما يمكن تعديله فى سلوكه وفى بيئته (الطبيعية والاجتماعية) وتقبل ما لا يمكن تعديله فيهما، حتى تحدث حالة من التوازن والتوفيق بينه وبين البيئة تتضمن إشباع معظم حاجاته الداخلية، ومقابلة أغلب متطلبات بيئته الخارجية. (إجلال سرى، ١٩٨٢).

التوافق النفسى كعملية؛

للتوافق النفسى وجهان، وهما وجهان لعملة واحدة: التوافق النفسى كعملية، والتوافق النفسى كحالة.

والتوافق النفسى كعملية تتضمن أسلوب التوافق وطريقته، ويقوم الفرد فعلاً معدلاً فى نفسه وفى بيئته ما يمكن تعديله، بهدف الوصول إلى حالة التوافق، وهو يعبر عن إيجابية الفرد وفاعليته . وما يؤكد هذه الوجهة أن بعض العلماء ينظرون إلى التوافق كإيجاز (حسن / ردىء)، ويتحدثون عن العمليات التوافقية كمثل تلك التى يقوم بها الفرد للتوفيق بين حاجاته الداخلية ومطالب بيئته الخارجية . فالفرد حين يشعر بصراع بين الجانبين،

يحاول حله بطرق شتى منها: تعديل أو كف حاجاته الداخلية، أو محاولة تعديل أو كف مطالب البيئة. وهكذا يمكن مقارنة الأفراد على أساس الكفاءة التوافقية.

والتوافق عملية دينامية إيجابية تظهر فى المحصلة النهائية لتفاعل القوى الذاتية (الفطرية والمكتسبة) والقوى البيئية (الطبيعية، والاجتماعية). وأثناء عملية التوافق قد يكون التعديل والتغير متبادلاً بين الفرد والبيئة فى العلاقة بينهما، أو قد يكون من جانب واحد، ويكون إلى الأحسن بقدر الإمكان .

والتوافق عملية مستمرة مدى الحياة، لاتتم مرة واحدة بصفة نهائية، بل تستمر طول الحياة التى تتضمن سلسلة من الحاجات المتغيرة لإشباعها والصراعات المتجددة لحلها، والتواترات المتكررة لخفضها.

والتوافق عملية كلية تشير إلى علاقة الإنسان من حيث هو كائن وبكليته مع البيئة، وليس للتوافق كخاصية لهذه العلاقة الكلية أن يصدق على مجال جزئى من مجالات الحياة.

والتوافق عملية تتضمن تعديل السلوك لمواجهة المواقف الجديدة ، والقدرة على الاستجابات المتنوعة التى تلائم هذه المواقف. (ريتشارد لازاروس Lazarus، ١٩٦٩).

التوافق النفسى كحالة:

ويقصد به التوافق النفسى كحالة من التوازن والاستقرار والتكامل النفسى والجسمى والاجتماعى الأفضل، والتى يصل إليها الفرد الذى يقوم بعملية التوافق. أى أنه يصبح فى حالة توافق تظهر آثارها فى سلوكه الذى يدل على شعوره بالأمن الشخصى والاجتماعى، وهى حالة نسبية وليست نهائية ، لأن كلا من الفرد وبيئته فى حالة تغير دائم.

والتوافق حالة نسبية، فىكون الشخص متوافقاً أحياناً، وغير متوافق أحياناً أخرى خلال فترات حياته.

ويمكن الاستدلال على حالة التوافق النفسي من خلال: التوازن والتوفيق بين الرغبات المتصارعة داخل الشخص، والشعور بإشباع الحاجات والضبط الذاتي، وتحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية، والتقبل الاجتماعي والقدرة على تكوين علاقات متوافقة مع الآخرين، والصحة الجسمية، والكفاءة في العمل، وتوفير قدر من الرضا، والراحة النفسية، وهذه هي خصائص الشخصية المتوافقة. وهكذا فإن عملية التوافق تسبق حالة التوافق وتؤدي إليها. (ريتشارد لازاروس Lazarus، ١٩٦٩، عباس عوض، ١٩٧٧).

متصل التوافق النفسي:

يتحرك الفرد في توافقه النفسي على متصل واحد نهايته العظمى تمام التوافق (وهذا غير موجود)، ونهايته الدنيا عدم التوافق، وهو عجز الفرد تماماً مع البيئة (وهذا أيضاً غير موجود)، وبين الطرفين يكون حسن التوافق أو سوء التوافق، وهكذا يكون الفرق بين حسن التوافق وسوء التوافق فرقاً في الدرجة وليس في النوع.

وما من فرد إلا ولديه مقومات التوافق النفسي ومعوقاته، وهو يسعى دائماً لتحقيق التوافق النسبي لولا أن تعترضه معوقات التوافق فيجرفه تيار «سوء التوافق».

وسوء التوافق هو: فشل الفرد في تحقيق توافق سوى ناجح، ويتمثل في نقص فهمه لذاته، وحرمانه من إشباع حاجاته، ونقص قدرته على تحقيق مطالب بيئته، وشعوره بالإحباط والتوتر، وتهديد الذات حين يفشل في حل مشكلاته ومواجهتها أو يعجز عن تقبلها، أو يجنح إلى أساليب شاذة من السلوك إذا تعذر عليه حلها مما يؤدي إلى القلق. (إجلال سرى، ١٩٨٢).

أبعاد التوافق النفسي:

التوافق النفسي متعدد الأبعاد، وأهم أبعاده ما يلي:

✳ **التوافق الشخصي:** ويتضمن السعادة مع النفس والثقة بها ، والرضا عنها، والشعور بقيمتها، وإشباع الحاجات، والتمتع بالأمن الشخصي والسلم الداخلي ، والشعور بالحرية في التخطيط للأهداف وتوجيه السلوك والسعى لتحقيقها، ومواجهة المشكلات الشخصية وحلها، وتغيير الظروف البيئية، والتوافق لمطالب النمو في مراحلها المتتالية، وهو ما يحقق الأمن النفسي.

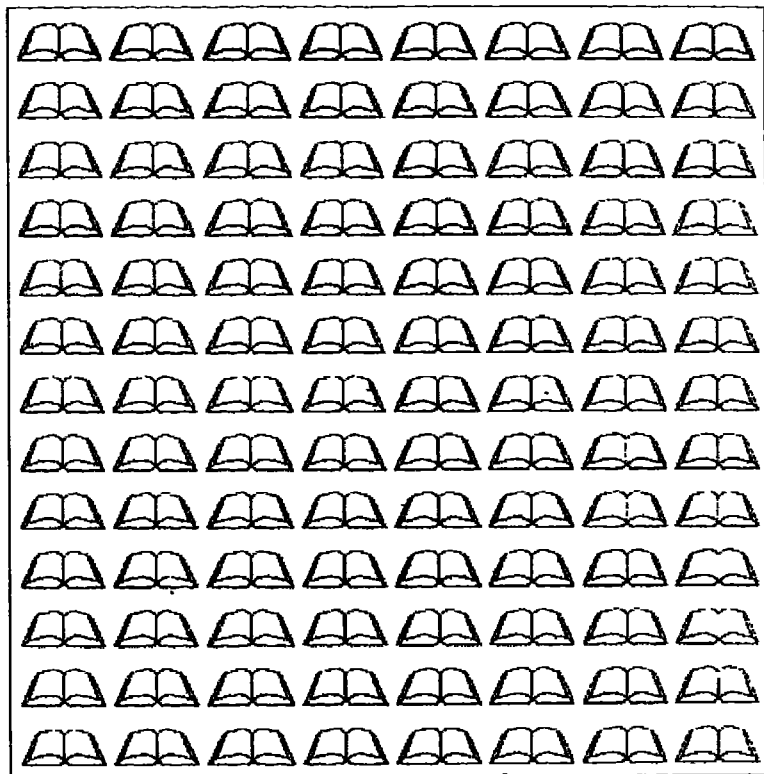
✳ **التوافق الاجتماعي:** ويتضمن الذكاء الاجتماعي، والسعادة مع الآخرين، والاتزان الاجتماعي، والالتزام بأخلاقيات المجتمع، ومسايرة المعايير الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعي والتغيير الاجتماعي، والأساليب الثقافية السائدة في المجتمع، والتفاعل الاجتماعي السليم، والعلاقات الناجحة مع الآخرين وتقبل نقدهم وسهولة الاختلاط معهم ، والسلوك العادي مع أفراد الجنس الآخر ، والمشاركة في النشاط الاجتماعي مما يؤدي إلى تحقيق «الصحة الاجتماعية».

✳ **التوافق الزوجي:** ويتضمن السعادة الزوجية، والرضا الزوجي الذي يمثل في : التوفيق في الاختيار المناسب للزوج، والاستعداد للحياة الزوجية، والدخول فيها، والحب المتبادل بين الزوجين، والإشباع الجنسي، وتحمل مسئوليات الحياة الزوجية، والقدرة على حل مشكلاتها، والاستقرار الزوجي (إجلال سرى، ١٩٩١).

✳ **التوافق الأسري:** ويتضمن السعادة الأسرية التي تتمثل في : الاستقرار الأسري، والتماسك الأسري، والقدرة على تحقيق مطالب الأسرة، وسلامة العلاقات بين الوالدين كليهما، وبينهما وبين الأولاد ، وسلامة العلاقات بين الأولاد بعضهم والبعض الآخر ، حيث يسود الحب والثقة والاحترام المتبادل بين الجميع، والتمتع بقضاء وقت الفراغ معاً، ويمتد التوافق الأسري كذلك ليشمل سلامة العلاقات الأسرية مع الأقارب، وحل المشكلات الأسرية.

* **التوافق الانفعالى:** ويتمثل فى: الذكاء الانفعالى، والهدوء والاستقرار والثبات والضبط الانفعالى، والسلوك الانفعالى الناضج، والتعبير الانفعالى المناسب لمثيرات الانفعال، والتماسك فى مواجهة الصدمات الانفعالية، وحل المشكلات الانفعالية.

* **التوافق المهنى:** ويتضمن الرضا عن العمل وإرضاء الآخرين فيه، ويتمثل فى: الاختيار المناسب للمهنة عن قدرة واقتناع شخصى، والاستعداد لها علمًا وتدريبًا، والدخول فيها، والصلاحية المهنية، والإنجاز والكفاءة والإنتاج، والشعور بالنجاح، والعلاقات الحسنة مع الرؤساء والزملاء، والاستقلال فى المهنة، والتغلب على مشكلاتها، ويعبر عن التوافق المهنى «الشخص المناسب فى العمل المناسب». (إجلال سرى ١٩٨٢، ١٩٩٠)



الفصل الرابع

المرض النفسى

المرض النفسى والصحة النفسية وجهان لعملة واحدة. فحياة الفرد سلسلة من الصراعات والإحباطات والحرمانات والصدمات، إذا نجح فى التغلب عليها تكون الصحة النفسية، وإذا فشل يكون المرض النفسى، ومعنى ذلك أن الصحة النفسية لا يمكن دراستها إلا فى ضوء المرض النفسى. (مصطفى الشراوى، ١٩٨٣).

تعريف المرض النفسى؛

تتقارب تعريفات المرض النفسى، ونذكر منها ما يلى:

* هو اضطراب وظيفى فى الشخصية، يرجع أساساً إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية أو اضطرابات الفرد مع البيئة الاجتماعية التى يتفاعل معها بألوان من الخبرات المؤلمة التى تعرض لها فى الماضى والحاضر وأثرها فى المستقبل، (مصطفى فهمى، ١٩٦٧).

* هو اضطراب وظيفى مزاجى فى الشخصية، يرجع إلى الخبرات أو الصدمات الانفعالية، أو اضطراب العلاقات الاجتماعية، ويرتبط بحياة الفرد الخاصة فى الطفولة (عطوف ياسين، ١٩٨١).

* هو اضطراب وظيفى فى الشخصية، يرجع أساساً إلى الخبرات المؤلمة والصدمات الانفعالية الشديدة والاضطرابات فى العلاقة الاجتماعية. (فيصل الزراد، ١٩٨٤).

* هو اضطراب وظيفى فى الشخصية، نفسى المنشأ، يبدو فى صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، ويؤثر فى سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسى، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية فى المجتمع الذى يعيش فيه. (حامد زهران، ١٩٩٧).

وتعرف المؤلفة: المرض النفسى بأنه: اضطراب وظيفى فى الشخصية ، أسبابه نفسية، وأهمها: الصراع والإجباط والحرمان والصدمات ، وأعراضه نفسية، وجسمية، واجتماعية، ويبدو فى شكل سلوك مرضى يعوق التوافق النفسى.

السلوك المرضى؛

المرض النفسى لا بد أن يصحبه سلوك مرضى، ولكن السلوك المرضى لا يعنى بالضرورة أن الفرد مريض نفسياً.

وينظر العلماء للمرض النفسى على أنه سلوك شاذ ومكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعلم، ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية المتغيرات التى تحدث الاضطرابات.

ويبدأ المعالجون السلوكيون بالتحديد الدقيق والنوعى للسلوك الذى يرغبون فى تعديله أو علاجه. والإجراءات التى يستخدمها المعالج السلوكى تختلف فى أهدافها عما يقوم به المحلل النفسى ، لأن المعالج السلوكى يبدى اهتماماً مباشراً بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المرضى، بينما يتجه اهتمام المحلل النفسى إلى تاريخ المريض مجرداً ودون اهتمام بأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التى أدت إلى ظهور الأعراض المرضية كما يفعل المعالج السلوكى .

ويساعد المعالج على تحديد أنماط السلوك السوى والجيد الذى يجب أن يتجه الاهتمام إليه بدلاً من السلوك المرضى، ويساعده أيضاً على وضع الخطة العلاجية وتنفيذها فى اتجاه الشفاء من الاضطراب بأساليب متعددة مما يؤدي بعد ذلك إلى تغيير السلوك والشفاء. (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٣).

المرض النفسى فى رأى الدين؛

يقول أبو حامد الغزالي: إن المرض النفسى ثمرة مريضة للاعتراض

والتحدى والشرك الأصغر والشرك الأكبر لإرادة الله ومشيبته. (ناهد الخراشي ١٩٨٧).

ويجذب الفرد عوامل وخصائص طريق النفس الأمانة بالسوء ، والتي هي في واقع الأمر الخصائص السلبية لخصائص النفس المطمئنة، ومثل هذا الفرد المريض دينياً يحتاج إلى علاج ، فهو غافل يعاني من اضطراب سلوكي قابل للعلاج والعودة إلى طريق الرشاد.

وتقف النفس اللوامة رقيباً على سلوك الإنسان وتوجهه. ووظيفة التوجيه والإرشاد والرقابة هي: تحديد سلامتها في ضوء رسوخ واكتمال العبادات والمسلمات الدينية لدى الفرد.

والصراع النفسي في رأى الدين أمر حتمى مع بداية الحياة والوعى بالحاجات بين الخير والشر، وبين الأمر والنهى والغواية. ويقود الشيطان حملة الصراع النفسى متخذاً من النفس الأمانة بالسوء منطلقاً لمهاجمة كل من النفس اللوامة والنفس المطمئنة، ووسيلته في ذلك ما يوسوس به في الصدور وتزيين طريق الشر. يقول الله تعالى: ﴿قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ .مَلِكِ النَّاسِ . إِلَهِ النَّاسِ . مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ الَّذِي يُوَسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ . مِنْ الْجِنَّةِ وَالنَّاسِ﴾ [سورة الناس] وعلى العموم فإن الصراع يترك الفرد في حيرة وقلق وبأس وقنوط ويؤدى إلى اضطراب السلوك (مصطفى الشراوى، ١٩٨٣).

الوقاية من المرض النفسي؛

يهتم علم النفس العلاجى بالوقاية من المرض النفسى كاهتمامه بالفحص والتشخيص والعلاج.

وللوقاية من المرض النفسى لابد من معرفة أسباب الأمراض النفسية وإزالتها، وتحديد الظروف التى تؤدى إليها، وتهئية المناخ النفسى الصحى.

وتنظم الوقاية فى ثلاث مراحل على النحو التالى:

✳ **الوقاية الأولية:** Primary Prevention وتهدف إلى منع حدوث المشكلة أو الاضطراب أو المرض، أو تقليل حدوثه فى المجتمع، أو التدخل بمجرد أن يلوح خطره لدى المعرضين لذلك . وتوجه الوقاية الأولية الشاملة إلى الأفراد العاديين. ومن إجراءات الوقاية الأولية : منع الأسباب والتدخل الفورى عند ظهورها، والتشجيع على تبني أنماط سلوك الوقاية. وتضطلع بإجراءات الوقاية الأولية المؤسسات الاجتماعية، والمدارس، ودور العبادة، ووسائل الإعلام، والأسرة. ويقوم بالعبء الأكبر الأطباء والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون والوالدان والأشخاص المهمومون فى حياة الفرد.(لورانس ولاك وماريلين وينكلبي Wallack & Winkleby، ١٩٨٧).

✳ **الوقاية الثانوية:** Secondary Prevention وتهدف إلى التعرف المبكر على المشكلة أو الاضطراب أو المرض ومحاولة تشخيصها فى المراحل الأولى بقدر الإمكان للمبادرة بالعلاج المبكر والوقاية من المضاعفات والإزمان. ومن إجراءات الوقاية الثانوية: الاهتمام بالتشخيص الفارق بين الاضطرابات المختلفة فى بدايتها، والانتباه إلى أى تغيير مفاجئ فى السلوك، والمبادرة باتخاذ الإجراءات العلاجية. (إرفينج بيرلين Berlin، ١٩٦٧).

✳ **الوقاية فى المرحلة الثالثة:** Tertiary Prevention وتهدف إلى تقليل أثر الإعاقة الباقية بعد الشفاء من المرض ، وتهدف أيضاً إلى الوقاية ضد الانتكاس ، أى أنها تعتبر امتداداً للعلاج. ومن إجراءات الوقاية فى المرحلة الثالثة : خدمات التأهيل الشامل بعد العلاج لإعادة المريض السابق لتحقيق أعلى مستوى من التوافق، والعودة إلى الوضع الاجتماعى العادى مع التخلص من أثر كونه مريض سابق على حياته الأسرية ، والمهنية، والاجتماعية. (ألفريد فريدمان Freedman، ١٩٦٧).

وتتمثل إجراءات الوقاية من المرض النفسى فيما يلى :

✳ **الإجراءات الوقائية الحيوية:** وتركز على خدمات رعاية الأم قبل الحمل وأثناءه، والرعاية الصحية للطفل، وتعديل العوامل التناسلية.

* **الإجراءات الوقائية النفسية:** وتهتم بالنمو النفسى السوى، ونمو المهارات الأساسية، وتحقيق التوافق الانفعالى، والمساندة أثناء الفترات والمواقف الحرجة، وتجنب عوامل الإحباط والصراع، وإشباع الحاجات .

* **الإجراءات الوقائية الاجتماعية:** وتهتم بالبحوث الاجتماعية، وتحقيق التوافق الاجتماعى، والزواجى، والمهنى، والتنشئة الاجتماعية السليمة.

وتقع مسئولية تخطيط الوقاية من المرض النفسى على عاتق المؤسسات النفسية والاجتماعية والطبية المتخصصة . ويجب أن يتناول برنامج الوقاية ظروف الفرد والمجتمع. والمجتمع الذكى هو الذى يهئ المناخ الاجتماعى والثقافى الصحى الذى يساعد على النمو السوى للفرد والجماعة ، والذى يكفل الوقاية من المرض النفسى باعتبارها خير من العلاج . (حامد زهران، ١٩٧٣).

هذا وقد أكدت توصيات المؤتمر المصرى الأول للطب النفسى الذى عقد فى القاهرة فى مارس ١٩٨٦، على ضرورة الاهتمام بالوقاية من المرض النفسى، ويدخل فى ذلك الاهتمام بالنواحي النفسية والتأهيلية فى وسائل الإعلام والمدارس ومؤسسات العمل.

تصنيف الأمراض النفسية والعقلية:

توجد تصنيفات متعددة للأمراض النفسية والعقلية أشهرها ما يقوم على أساس الأسباب.

وتصنف الأمراض النفسية والعقلية حسب أسبابها على النحو التالى:

الأمراض النفسية والعقلية عضوية المنشأ: وتشمل :

* إضطرابات المخ مثل: الشلل الجنونى العام، والضمور العقلى .
الشيخوخى، وبعض حالات الصرع.

* التسمم : مثل التسمم بالعقاقير، وحالات الإدمان.

* الأورام : مثل أورام المخ.

- * الإصابة : مثل الهذيان الإصابى، واضطرابات الشخصية عقب الإصابة، والتأخر العقلى عقب الإصابة.
- * اضطرابات الغدد: مثل الأمراض الناتجة عن نقص أو زيادة إفرازها.

➤ الأمراض النفسية والعقلية نفسية المنشأ (الوظيفية)؛ وتشمل :

- * العصاب: مثل القلق، وتوهم المرض، والضعف العصبى، والهستيريا، والخوف، وعصاب الوسواس والقهر، والاكتئاب، والتفكك.
- * الذهان: مثل الفصام، والهذاء (البارانويا) وذهان الهوس والاكتئاب.
- * الأمراض النفسية الجسمية (السيكوسوماتية): فى أجهزة الجسم المختلفة التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى (التلقائى)، مثل الجهاز الدورى، والتنفسى، والهضمى، والبولى والتناسلى، والغددى.

اضطرابات الشخصية؛ وتشمل:

- * اضطرابات الشخصية المرضية الاجتماعية مثل : الشخصية السيكوباتية، والانحرافات الجنسية.
- * اضطرابات الشخصية الموقفية الزائلة : مثل اضطرابات العادات، واضطرابات السلوك.
- * اضطرابات الشخصية الأخرى: مثل اضطراب نمط الشخصية، واضطرابات سمات الشخصية.

المشكلات النفسية؛

ومن أمثلتها: الضعف العقلى ، والتأخر الدراسى، والاضطرابات الانفعالية، واضطرابات الغذاء، واضطرابات الإخراج، واضطرابات النوم ، واضطرابات الكلام، ومشكلات ذوى الحاجات الخاصة، وجناح الأحداث. (حامد زهران، ١٩٩٧).

الفصل الخامس

أسباب الأمراض النفسية

تعدد الأسباب:

لا شىء يأتى من لا شىء ، والمرض النفسى له أسبابه ، وفى بعض الأحيان يبدو أن سبب حدوث المرض النفسى يرجع إلى الصدمة الأخيرة ، ولكنه غالباً يكون نتيجة عوامل متعددة مهينة لدى كل فرد على حدة باعتبار أنه كائن متفاعل ينبغى دراسة تاريخ حياته وقدراته العقلية والجسمية، وبيئته الاجتماعية والمؤثرات الثقافية والتربوية.

والأمراض النفسية تسببها عوامل متعددة توجد إما فى البيئة وإما فى الإنسان. أى أنها محصلة قوى تعمل متفاعلة فى نفس الوقت. فالسبب المرسب يلزم أن يحدث لإنسان مهياً للمرض النفسى حتى تكون نتيجته مرضاً نفسياً . أى أن السبب المرسب لا يعدو أن يكون «القشة التى قصمت ظهر البعير» لذلك يطلق على السبب الأخير الذى أظهر المرض النفسى «السبب المرسب» . كما يعتبر الاستعداد الخاص للمرض النفسى «السبب المهىء».

وعلى العموم فإن وجود أسباب مهينة قوية - أى وجود استعداد كبير للمرض النفسى لدى المريض - يحتاج إلى سبب صغير حتى يحدث المرض، فى حين أنه إذا كانت الأسباب المهينة (الاستعداد للمرض) قليلة وضعيفة، فإنه من اللازم لحدوث المرض النفسى أن يكون السبب المرسب سبباً قوياً وخطيراً. (عمر شاهين ويحىى الرخاوى، ١٩٦٩).

تقسيم الأسباب:

يمكن تقسيم أسباب الأمراض النفسية على النحو التالى:

* **الأسباب المهيئة** : وهى أسباب أصلية تمهد لحدوث المرض، وهى المرشحة لظهور المرض النفسى إذا ظهر سبب مساعد أو مرسب يعجل بظهور المرض فى تربة أعدتها الأسباب المهيئة . وتختلف الأسباب المهيئة، وربما يستمر تأثيرها على المريض مدة طويلة، وتجعل الفرد عرضة للمرض النفسى فى حالة ظهور سبب مرسب. وقد تتضمن الأسباب المهيئة أسباباً حيوية أو وراثية، وقد تتضمن أيضاً أسباباً بيئية أو نفسية.

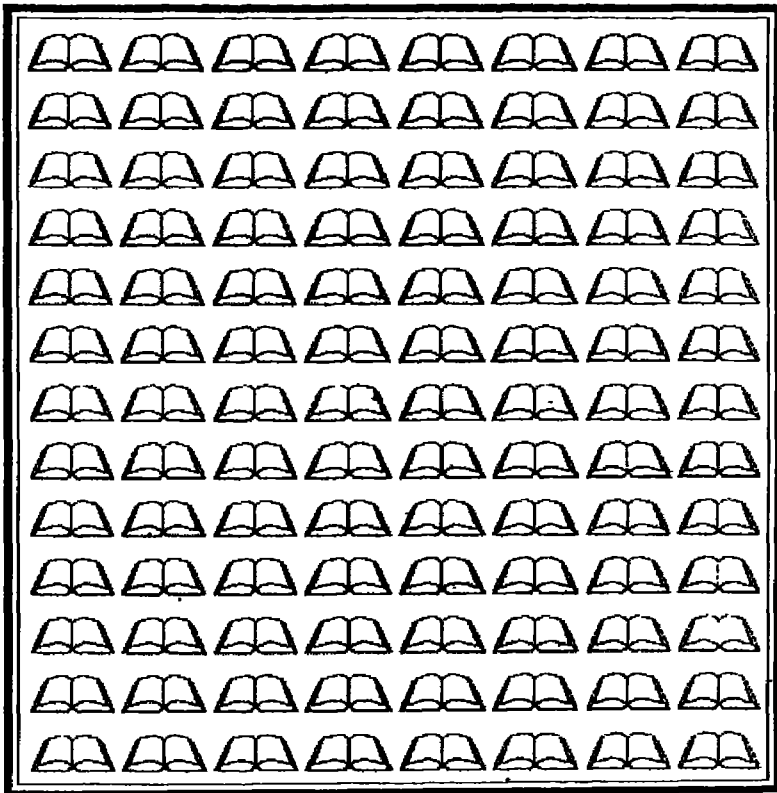
* **الأسباب المرسبة** : وهى أسباب مساعدة تتمثل عادة فى الأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسى مباشرة والتى تعجل بظهور المرض النفسى، ويلزم لتأثيرها فى الفرد أن يكون مهياً للمرض النفسى ، أى أن السبب المرسب يكون دائماً بمثابة «النقطة التى يطفح بها الكيل». والأسباب المرسبة كثيرة، منها ما هو عضوى، ومنها ما هو نفسى.

* **الأسباب الحيوية**: وهى الأسباب عضوية المنشأ التى تطرأ فى تاريخ نمو الفرد . ومن أمثلتها: الوراثة وخاصة العيوب الوراثية، والاضطرابات الفسيولوجية، والبلوغ الجنسى، والزواج، والحمل والولادة، وسن القعود، والشيوخوخة، والبنية (النمط الجسمى ، والمزاج، والغدد)، والعوامل العضوية (الأمراض، والتسمم، والإصابات، والعاهات والعيوب والتشوهات الخلقية).

* **الأسباب النفسية**: مثل الصراع (كصراع الإقدام والإقدام وصراع الإقدام والإحجام، وصراع الإحجام والإحجام)، والإحباط (الأولى والثانوى، والإيجابى والسلبى، والداخلى والخارجى)، والحرمان (عدم إشباع الحاجات)، والصدمات والأزمات، والخبرات السيئة ، والإصابة السابقة بالمرض النفسى، والتناقض الوجدانى، وقصور التضج النفسى، والضعف النفسى، والإطار المرجعى الخاطى، ومفهوم الذات السالب، والمحتوى الخطير لمفهوم الذات الخاص.

* الأسباب البيئية: مثل البيئة الاجتماعية المضطربة، والعوامل الحضارية والثقافية غير المناسبة، والتنشئة الاجتماعية الخاطئة (كالحماية الزائدة والتليل والقسوة والفرقة فى المعاملة)، وسوء التوافق النفسى وخاصة سوء التوافق المدرسى والزواجى والأسرى والمهنى، وسوء الثقافة الجنسية، وسوء التوافق فى المجتمع، والصحة السيئة، ومشكلات الأقليات، وسوء الأحوال الاقتصادية، والبطالة، وتدهور نظام القيم، والكوارث الاجتماعية والحروب والضلال. (حامد زهران، ١٩٩٧).

وهكذا، فإن دراسة أسباب الأمراض النفسية تستند إلى النموذج الحيوى النفسى الاجتماعى Biopsychosocial. (بيشاي ألموج Almog، ١٩٩٥).



الفصل السادس

أعراض الأمراض النفسية

الأعراض والأمراض:

الأعراض هي العلامات السلوكية التي تدل على وجود المرض. وتختلف الأعراض النفسية التي تظهر على المريض اختلافاً كبيراً، فقد تكون شديدة واضحة، وقد تكون مخفية لدرجة أن يصعب تمييزها إلا للمعالجين النفسيين أو عن طريق تطبيق بعض الاختبارات والمقاييس التشخيصية التي تحددها وتشخصها.

ولمعرفة الأعراض في وقت مبكر من ظهور المرض فضل كبير في العلاج، حيث يفيد التشخيص المبكر في نجاح عملية العلاج، ويمنع تطور الأعراض.

والفرق بين الشخصية السوية وغير السوية أو المريضة من حيث الأعراض فرق في الدرجة وليس في النوع.

ويوجد لدى الفرد استعداد للمرض. وتختلف المقاومة من فرد لآخر. وقد تغلب بعض الأعراض وتصبح هي مرضاً نفسياً أساسياً قائماً بذاته مثل الاكتئاب والقلق والخوف والوسواس.

دراسة الأعراض:

تعتبر الأعراض عن الاضطراب النفسى الذى يعانى منه الفرد، والفرد لا يخلو من الأعراض، ولكن من النادر أن تجتمع كل الأعراض المميزة للمرض النفسى فى مريض واحد.

زملة الأعراض:

تتنوع الأعراض وتشارك الأمراض النفسية فيها، وتظهر أعراض المرض النفسى فى شكل زملة أو تجمع أو تشكيل معين. وهذه المجموعة المتألفة من الأعراض هى التى تحدد المرض وتفرق بين مرض وآخر.

رمزية الأعراض:

يعتبر العرض رمزاً يشير إلى وجود اضطراب نفسى أو جسمى. وقد يكون للعرض معنى رمزى ذو أهمية أكبر من مظهره. فغسل اليدين القهقرى قد يكون رمزاً لمحو ذنب ارتكبه الفرد.

وظيفة الأعراض:

يعتبر العرض رد فعل أو تعبير نفسى حيوى عن الفرد ككل، ويجب دراسته وفهمه من زاوية حيوية نفسية اجتماعية Biopsychosocial، وقد يكون حيلة نفسية تهدف إلى تقدير قيمة الذات.

ومن خلال دراسة الأعراض وأصلها، وأهدافها، ووظائفها نستطيع أن نحل مشكلات المريض الظاهرية والباطنة، وأن نرى شخصيته فيما وراء الأعراض.

أهداف الأعراض:

لكل عرض هدف أو أهداف. ومن أهداف الأعراض ما هو أولى وما هو ثانوى، وما هو ذاتى وما هو موضوعى، ومن بين الأهداف الأولية، والثانوية نجد ما هو سوى وما هو مرضى، وما هو شعورى، وما هو لا شعورى، وذلك على النحو التالى:

※ الأهداف الأولية: وهى الأهداف الذاتية التى يكون فى تحقيقها مغام

يفوز بها الفرد ولو على حساب خسائر في جوانب أخرى . ومن أمثلة الأهداف الأولية : حل الصراع، والسيطرة على القلق ، وتحقيق كبت وكف الدوافع والنزعات التي يرفضها الفرد ويشمئز منها، وامتصاص الطاقات النفسية المنبثقة من الدوافع والنزعات المكبوتة ، وتقوية الكبت ، وإخماد نشاط الدوافع المكبوتة، وإشباع الدوافع والحاجات التي أجبطلت، والاستسلام، وتهدة الضمير الثائر عن طريق عقاب ولوم الذات.

* **الأهداف الثانوية:** وهى الأهداف الخارجية التى يكون فى تحقيقها الانتصار النسبى على العقبات البيئية أو الاجتماعية أو الاقتصادية، وتهيئة المناخ الملائم لحالة الفرد النفسية. ومن أمثلة الأهداف الثانوية: استئردار العطف، والهروب من المواقف المحرجة، وتجنب تحمل المسئولية، وتبرير ضعف الفرد أو فشله، وتعويض النقص أو الحرمان ، والإحجام عن مواجهة المواقف والخبرات الأليمة، ووقاية الذات واحترامها والمحافظة عليها.

تصنيف الأعراض:

تصنف الأعراض بصفة عامة إلى: أعراض داخلية وأعراض خارجية، وأعراض عضوية المنشأ وأعراض نفسية المنشأ.

ومن الأعراض ما يلى:

* اضطرابات الإدراك : مثل الهلوسات ، والخداع، واضطرابات الحواس بالزيادة أو النقصان.

* اضطرابات التفكير: مثل التفكير غير المنطقى، أو المشتت ، أو الوسواسى، أو المتناقض، والأوهام، والمخاوف.

* اضطرابات الذاكرة: مثل النسيان، وفقد الذاكرة.

* اضطرابات الوعى والشعور: مثل الذهول، والهبذان.

* اضطرابات الانتباه: مثل قلة الانتباه، والسرحان، والسهيان، والانشغال.

- * اضطرابات الكلام: مثل اللجلجة، واحتباس الكلام.
- * اضطرابات الانفعال: مثل القلق، والاكتئاب، والتوتر، والفرع، والتبدل، واللامبالاة، وعدم الثبات الانفعالي، والشعور بالذنب، والحساسية الانفعالية.
- * اضطرابات الحركة: مثل النشاط الزائد، أو الناقص، أو المضطرب، وعدم الاستقرار، واللازمات الحركية، والعدوان.
- * اضطرابات المظهر العام: مثل اضطراب تعبيرات الوجه، وسوء حالة الملابس، والفوضى.
- * اضطرابات التفهم: مثل اضطراب الإدراك الواعي، واضطراب إدراك مضمون الشعور.
- * اضطراب البصيرة: مثل عدم إدراك طبيعة المشكلات وأسبابها وأعراضها.
- * الاضطرابات العقلية: مثل الضعف العقلي، والخبيل.
- * اضطرابات الشخصية: مثل الانطواء، والعصائية.
- * اضطرابات السلوك الظاهر: مثل السلوك الشاذ، أو الغريب.
- * اضطرابات الغذاء: مثل فقد الشهية، والإفراط في الأكل.
- * اضطرابات الإخراج: مثل التبول اللاإرادي، والإمساك أو الإسهال العصبي.
- * اضطرابات النوم: مثل كثرة النوم، والأرق، والمشى أثناء النوم، والأحلام المزعجة، والكابوس.
- * اضطرابات الإحساس: مثل ضعف البصر، وقصور حاسة الشم، وتبدل الحس.
- * الاضطرابات العصبية: مثل التشنج، والصرع، والشلل.
- * سوء التوافق: مثل سوء التوافق الشخصي، أو الاجتماعي، أو الزوجي، أو الأسري، أو التربوي، أو المهني.

* الانحرافات الجنسية: مثل الجنسية المثلية ، والعادة السرية، والإفراط ، أو الضعف الجنسي. (حامد زهران، ١٩٧٦).

بحوث ودراسات عربية تناولت الأمراض النفسية:

- يوجد العديد من البحوث والدراسات النفسية التي تناولت الأمراض النفسية. وفيما يلي بعضاً منها على سبيل المثال لا الحصر:
- بدرية كمال أحمد (١٩٨٥) ظاهرة اللجلجة في ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية.
- حسن عبد المعطى (١٩٨٤) العوامل النفسية المرتبطة ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية.
- صفوت فرج (١٩٧١) القدرات الإبداعية فى المرض العقلى.
- ضياء الدين أبو الحب (١٩٦٧) دراسة كLINIكية لاستجابات الفئات الكLINIكية لاختبار إسقاطى موسيقى مع مقارنتها باستجابات الأسوياء.
- ضياء محمد طالب (١٩٨٣) علاقة السلوك العدوانى ببعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية.
- عائشة رشدى (١٩٨٤) التدهور العقلى لدى الفئات الكLINIكية.
- عايدة سيف الدولة (١٩٨٣) التغيرات الفسيولوجية فى التفكير المصاحب للأمراض النفسية.
- عفاف عبد المنعم (١٩٨٤) العوامل النفسية والاجتماعية التى تؤدى إلى إدمان المخدرات، وآثارها على السلوك.
- كوثر رزق (١٩٨٣) القدرات العقلية فى مرضى الاكتئاب .
- مجدى حسن محمود (١٩٨٦) دراسة لبعض متغيرات الشخصية لدى المصابين بالصرع.

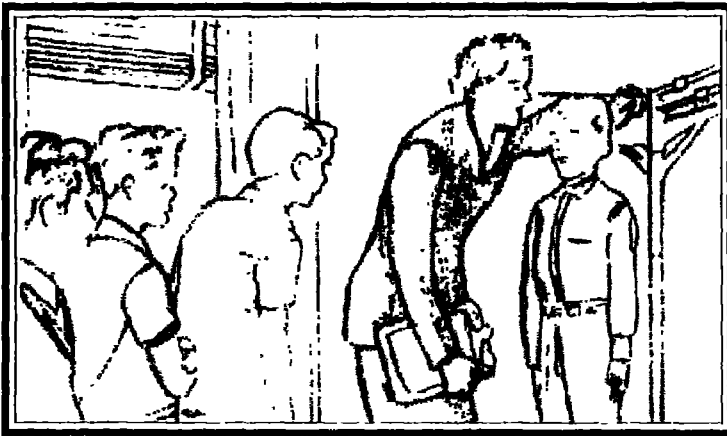
-
- محمد عبد ربه (١٩٨٢) ظاهرة الاغتراب بين الشباب العاملين بجامعة القاهرة.
- منصور عبد الغفور (١٩٨٢) دراسة تحليلية مقارنة للقيم الدينية لدى المراهقين من طلاب التعليم العام والأزهري وأثر ذلك على مستوى القلق.
- ناريمان رفاعى (١٩٨٥) فاعلية التدريب التوكيدي على علاج المرضى بالفوبيا الاجتماعية من طالبات المرحلة الثانوية والجامعة.

الفصل السابع الفحص والتشخيص والمآل

الفحص: Examination

الفحص الجيد هو أساس التشخيص الموفق والعلاج السليم . ويجب أن تكون عملية الفحص دقيقة واضحة الهدف وأن تولى العناية اللازمة من حيث دقة وصدق وثبات مصادر المعلومات والبيانات . ويجب تهيئة الظروف المادية والنفسية الملائمة لعملية الفحص . ويتعين على المعالج إقامة علاقة تفاعلية بينه وبين المفحوص لتحقيق الهدف المنشود من الفحص النفسى .

وتتم عملية الفحص النفسى فى العيادة لتحديد إمكانات المفحوص ومشكلاته واضطراباته . وقد يأخذ الفحص النفسى شكل إجراء بعض الاختبارات واستخلاص نتائجها ، أو شكل تشخيص حالة انطلاقاً من تحديد بعض الأعراض المميزة ، أو قد يكون فى شكل دراسة شاملة للشخصية بمختلف أبعادها . ويتطلب الفحص النفسى المعرفة الشاملة لسلوك المفحوص فى إطار اجتماعى معين .



شكل (٤) الفحص

هدف الفحص:

يهدف الفحص إلى فهم شخصية المريض ديناميا ووظيفيا، وإبراز مظاهر القوة ومظاهر الضعف، وتحديد اضطرابات شخصيته و العوامل التي تؤثر على توافقه النفسى والاجتماعى والمهنى والزواجى والأسرى. وهكذا يهدف الفحص إلى تحديد إمكانات الفرد ورسم معالم شخصيته ومشكلاته واضطراباته وصولا إلى تشخيص الحالة.

شروط الفحص:

يجب مراعاة الشروط الآتية فى عملية الفحص:

- * موضوعية الفحص والبعد عن الذاتية بقدر الإمكان.
- * الدقة فى استخدام أدوات الفحص.
- * بذل أقصى الجهد لتغطية كل ما مطلوب فى عملية الفحص.
- * تعاون العميل فى إعطاء البيانات والمعلومات الصحيحة.
- * سرية المعلومات والبيانات.
- * تنظيم المعلومات وتقييمها بدقة وعناية. (فيصل عباس، ١٩٨٣)

التشخيص؛ Diagnosis

التشخيص: هو تحديد وتجميع المعلومات عن الاضطراب أو المرض، أو هو الطريق الذى يؤدى إلى التعرف على نوع الاضطراب أو المرض. وللتشخيص أهمية كبيرة بالنسبة للمعالج والمريض. ويساعد التشخيص فى فهم المريض وما يعانيه. والتشخيص يعنى الفهم العميق والشامل لسلوك المريض. ويقول بعض العلماء إن التشخيص هو عملية علاجية أكثر من مجرد تصنيف المريض ضمن فئة مرضية. (لويس كامل مليكة، ١٩٩٢).

أهمية التشخيص المبكر:

تظهر كثير من الأعراض والأمراض بسهولة وفي مرحلة مبكرة مثل العاهات الجسمية والعقلية الشديدة. وقد لا تظهر أعراض الأمراض مبكراً مثل حالات التأخر الدراسي، وسوء التوافق. وقد لا تظهر ويجهلها المريض ومخالطوه مثل أعراض العصاب والذهان، مما يؤخر تشخيصها وعلاجها المبكر. ويفيد التشخيص المبكر في اختيار أنسب الطرق العلاجية للمريض في الوقت المناسب.

التشخيص الفارق:

هو أحد أساليب تشخيص الأمراض النفسية، ويعتمد على تصنيف مجموعة الأعراض المرضية التي يعاني منها المريض للوصول منها إلى زملة الأعراض التي تميز أحد الأمراض عن الأخرى.

ويقوم التشخيص الفارق على التفرقة المنهجية بين أعراض مرضين لتقرير أى من المرضين يعاني منه المريض.

ويجب على المعالج النفسى أن يكون ملماً بطرق وأساليب التشخيص الفارق، وذلك لتحقيق الهدف وهو العلاج المناسب للمريض.

ويجب التفريق بين الأمراض المتقاربة أو المتشابهة مثل الشلل الهستيرى والشلل العضوى، والصرع الهستيرى والصرع العضوى، حيث توجد فروق جوهرية فى أعراض كل منها.

أهداف التشخيص:

يهدف التشخيص النفسى إلى ما يلى:

- * تحديد الاضطراب أو المرض النفسى الذى يعاني منه المريض.
- * التفريق بين الاضطراب العضوى والاضطراب الوظيفى.
- * تحديد طريقة وأسلوب العلاج المناسب.

التشخيص والعلاج:

ينظر المعالجون النفسيون إلى عملية الفحص والتشخيص والعلاج كعملية متصلة الحلقات، حتى وإن قام بالفحص والتشخيص أكثر من أخصائي. وتعتبر هذه العمليات الثلاث (الفحص والتشخيص والعلاج) عمليات متكاملة ومتداخلة. فأتداء عملية الفحص والتشخيص تحدث فوائد علاجية مثل الألفة بين المعالج والمريض، وتهيئة المناخ العلاجي للمريض وإزالة مخاوفه، ومعرفته بنفسه بدرجة أفضل، وتصحيح مفاهيمه الخاطئة عن نفسه وعن العلاج النفسي. (فيصل عباس، ١٩٨٣).

المآل؛ Prognosis

يتناول المآل التنبؤ بنتيجة العلاج ومستقبل المرض إذا ترك دون علاج. وتهدف عملية تحديد المآل إلى توجيه عملية العلاج، وتحديد أنسب الطرق العلاجية له، وتحقيق أكبر نسبة ممكنة من النجاح.

وفي حالات كثيرة يكون مآل المرض أفضل وأحسن كما في حالات: فجائية المرض، وعدم وجود عوامل وراثية، وسلامة الحالة الجسمية، ومناسبة البيئة التي يعيش فيها المريض، وقلة المكاسب الأولية والثانوية للمرض، وإجراء الفحوص النفسية والاجتماعية والصحية اللازمة، وبدء العلاج مبكراً، وعدم تدهور الشخصية، واستبصار المريض بحالته، ودافعيته وإقباله على العلاج بنفسه، وتعاونه في عملية العلاج. (لويس كامل مليكة، ١٩٩٢، نعيم الرفاعي، ١٩٩٤، حامد زهران، ١٩٩٧).

الفصل الثامن

وسائل جمع المعلومات فى العلاج النفسى

يعتبر الحصول على المعلومات اللازمة فى العلاج النفسى، عن المريض وبيئته حلقة الاتصال بين الجانب النظرى والجانب التطبيقى فى علم النفس العلاجى.

وتتعدد وسائل جمع المعلومات فى العلاج النفسى حتى يمكن الحصول على أكبر قدر ممكن منها. ومن هذه الوسائل: المقابلة، والملاحظة، والاختبارات والمقاييس، والسيرة الشخصية، ودراسة الحالة.

المقابلة: Interview

تعتبر المقابلة الوسيلة الأساسية فى الفحص والتشخيص. وهى علاقة مهنية بين المعالج والمريض فى مناخ نفسى آمن تسوده الثقة المتبادلة والسرية التامة بين الطرفين بهدف تبادل المعلومات والخبرات والمشاعر والاتجاهات. وتكون العلاقة خالية من الشك والخوف والتهديد والأمر والنهى.

والمقابلة العلاجية نوع من المحادثة التى تتم بين المعالج النفسى والمريض فى موقف مواجهة غاياته الحصول على معلومات عن سلوك المريض ومشكلاته واضطرابه والعمل على حلها والإسهام فى تحقيق التوافق الشخصى له. (حامد زهران، ١٩٩٨).

أنواع المقابلة:

للمقابلة أنواع كثيرة منها:

* **المقابلة الاستفهامية:** وتهدف إلى جمع المعلومات والبيانات عن الفرد عن طريق الأهل والأقارب والأصدقاء وزملاء العمل، بقصد تقييم الحالة وتشخيصها والكشف عن أبعاد المشكلة أو الاضطراب الذى يعانى منه المريض.

✱ **المقابلة لأداء الاختبارات:** ويقوم بها الأخصائى النفسى على مرحلتين:

✱ **مقابلة ما قبل الاختبار النفسى:** وذلك لتهيئة المريض عقليا ونفسيا للتخفف من مخاوفه وقلقه من موقف الاختبار حتى يكون أداءه سليما.

✱ **مقابلة ما بعد الاختبار:** وذلك لإشباع رغبة المريض فى معرفة نتائج الاختبارات التى طبقت عليه، ولهذا أثر كبير على حالته النفسية، حيث أنها تخفف من حدة قلق الاختبار، كما أنها تساعد فى توجيه الحالة نحو عملية العلاج وتقبلها.

✱ **المقابلة المهددة للعلاج النفسى:** والهدف منها تعرف المريض بمشكلته واضطرابه وطريقة العلاج المناسبة، وضرورة تعاونه مع المعالج. ويقوم المعالج النفسى بشرح وتفسير المشكلة أو المرض للمريض، وتوضيح إمكاناته المتاحة، وتعديل آرائه واتجاهاته الخاطئة نحو نفسه ونحو العلاج النفسى، وطول فترة العلاج وعدد الجلسات. (عطية هنا وسامى هنا، ١٩٧٦).

محتوى المقابلة التشخيصية:

تختلف المقابلة التشخيصية من حالة لأخرى حسب درجة وشدة ونوعية الحالة. وعلى الرغم من ذلك توجد خطوات مشتركة تشتمل عليها كل مقابلة، ومنها: صياغة المشكلة على لسان المريض، واهتمامات المريض وطموحاته، وميوله، ودوافعه، وحوافزه، ومدى استبصاره بإحباطاته وصراعاته، وخبراته الأليمة، والتقلب المزاجى والسلوك المضطرب، ومخاوفه الظاهرة والباطنة، ومعتقداته الدينية، ومشاعر الذنب لديه وأفكاره وأفعاله القهرية، وأحلامه وعادات نموه، وأحلام اليقظة والتخيلات والهلوسات، ومكاسبه المرضية، وتوافقته الجنسى. (عطوف ياسين، ١٩٨١).

وتؤكدُ البحوث الحديثة أهمية وجود دليل عمل فى المقابلة لجمع المعلومات، وفى عملية الفحص والتشخيص والعلاج. (كيمبيرلى يونج Young، ١٩٩٤).

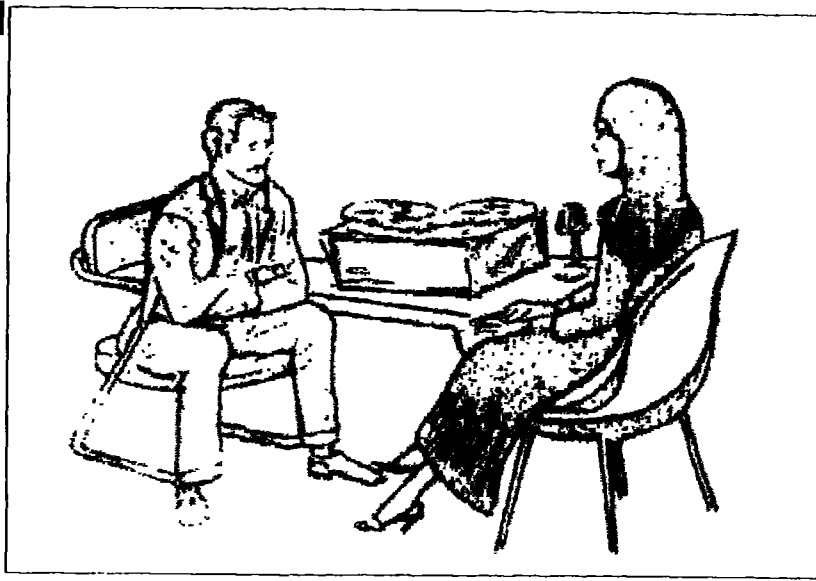
شروط المقابلة الناجحة:

- من أهم العوامل التي تساعد على نجاح المقابلة ما يلي:
- * وضوح الهدف من المقابلة.
- * نجاح المعالج النفسى فى تهيئة مناخ علاجى صحى أساسه علاقة الألفة والمودة.
- * شرح الغرض من المقابلة وأهدافها وتأكيد السرية التامة للبيانات التي تجمع عن طريق المقابلة.
- * وضوح الأسئلة والاستفسارات ومناسبتها لمستوى المريض.
- * البدء بالأسئلة التي لا تستثير فى المريض موقفا سلبيا.
- * الدقة والتحديد فى اختيار ألفاظ الأسئلة حتى لا تستثير مشاعر المريض.
- * عدم مقاطعة المريض أثناء استرساله فى الحديث أو بقطع تسلسل الأفكار لديه.
- * تقبل آراء واتجاهات المريض كما هى وتقبله ككل دون إصدار أحكام تستهجن سلوكه أو تمدحه.
- * رفع مستوى صدق وثبات المقابلة بإجرائها بطرق مختلفة وفى أوقات وأماكن متفرقة وذلك لكشف جميع الجوانب المطلوبة عن سلوك المريض.

مزايا المقابلة الشخصية:

تمتاز المقابلة بما يلي:

- * الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق الوسائل الأخرى، مثل التعرف على الأفكار والمشاعر والآمال، وبعض خصائص الشخصية، مما يتيح فهما أفضل للمريض ومشكلاته واضطراباته.
- * تكوين مناخ من الألفة والاحترام والثقة المتبادلة بين المعالج والمريض.



شكل (٥) المقابلة

- * إتاحة الفرصة أمام المريض للتفكير بصوت عال في حضور مستمع جيد مما يمكنه من التعبير عن نفسه وعن مشكلته واضطرابه.
 - * إتاحة فرصة التنفيس الانفعالي وتبادل الآراء في مناخ نفسي آمن.
 - * تنمية تحمل المسؤولية الشخصية للمريض في عملية العلاج.
- عيوب المقابلة الشخصية:**

- للمقابلة الشخصية عيوب، منها:
 - * تحيز المعالج في تفسيره للمحادثة أو نظره للمريض.
 - * الإيحاء للمريض بنوع معين من الاستجابة على بعض الأسئلة.
 - * المرغوبة الاجتماعية التي تؤدي بالمريض إلى الهروب من بعض المواقف المخجلة أو المعيبة في مفهوم الذات الخاص.
 - * ضيق الوقت المحدد للمقابلة مما قد يؤثر على ثبات وصدق المقابلة.
- (عطية هنا وسامى هنا، ١٩٧٦).

الملاحظة: Observation

الملاحظة وسيلة هامة وأساسية في الحصول على المعلومات اللازمة عن سلوك المريض، وهي من أقدم وسائل جمع المعلومات.

وتشمل الملاحظة ملاحظة السلوك في مواقف الحياة الطبيعية، ومواقف التفاعل الاجتماعي بكافة أنواعه، في اللعب والدراسة والعمل، وفي مواقف الإحباط والمسئولية الاجتماعية والقيادة.

هدف الملاحظة:

تهدف الملاحظة إلى تسجيل الحقائق الخاصة بسلوك المريض، وتسجيل التغيرات التي تحدث في سلوكه نتيجة للنمو، وتحديد العوامل التي تحركه سلوكيا، وتفسير السلوك الملاحظ.

أنواع الملاحظة:

تتعدد أنواع الملاحظة، ومنها:

* **الملاحظة المنظمة الخارجية:** وأساسها المشاهدة الموضوعية والتسجيل لنواح سلوكية معينة دون التحكم في الظروف والعوامل التي تؤثر في هذا السلوك. ويمكن أن تكون تتبعية لسلوك معين.

* **الملاحظة المنظمة الداخلية:** وتكون من الشخص نفسه لنفسه «التأمل الباطني»، وهي ذاتية بطبيعتها، ومن عيوبها أنها لا يمكن أن تستخدم مع الأطفال.

* **الملاحظة المباشرة:** وتكون مع المريض وجها لوجه في المواقف ذاتها.

* **الملاحظة غير المباشرة:** وهي التي تحدث دون اتصال مباشر بين الملاحظين والمرضى، ودون أن يدرك المرضى أنهم موضع ملاحظة.

* **الملاحظة العرضية (الصدفية):** وهي عفوية غير مقصودة وتأتي بالصدفة، وتكون سطحية وغير دقيقة، وليس لها قيمة علمية كغيرها من أنواع

الملاحظة. ومن أمثلتها ملاحظة سلوك المريض فى المنزل أو فى العمل أو مع رفاق السن.

* **الملاحظة الدورية:** وهى تتم فى فترات زمنية محددة وتسجل حسب تسلسلها الزمنى كل يوم أو كل أسبوع أو كل شهر.

* **الملاحظة المقيدة:** وتكون مقيدة بمجال أو بموقف معين أو بفقرات محددة، مثل ملاحظة الأطفال فى اللعب، أو التفاعل الاجتماعى مع الكبار.

عوامل نجاح الملاحظة:

من عوامل نجاح الملاحظة: سرية المعلومات، والموضوعية فى التسجيل وتفسير السلوك، والدقة فى الإجراء، والخبرة والتدريب الجيد. ومن عوامل نجاح الملاحظة أيضا شمولها لعينات متنوعة من سلوك المريض السالب والموجب، ونقاط قوته وضعفه، وانتقاء السلوك المتكرر أو الثابت نسبيا، والاهتمام به وتمييزه عن السلوك العارض أو الطارئ.

خطوات إجراء الملاحظة:

من خطوات إجراء الملاحظة ما يلى:

* **الإعداد:** وذلك بالتخطيط المنظم لها والتحديد المسبق للسلوك المراد ملاحظته وأبعاده، وتحديد المعلومات المطلوبة، وهدف الملاحظة، وتحضير الأدوات اللازمة للتسجيل، وتحديد الزمان والمكان الذى تتم فيه الملاحظة.

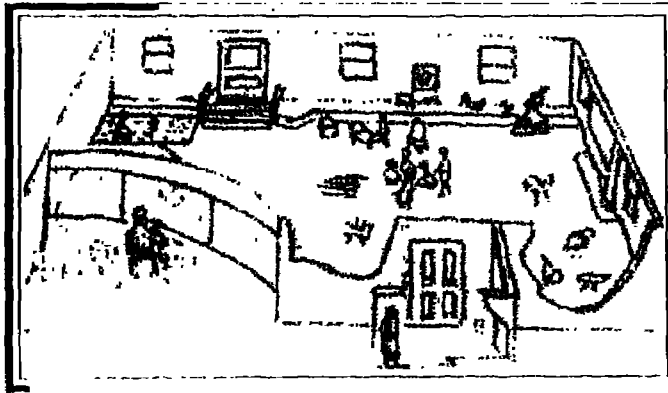
* **المكان:** تتم الملاحظة العلمية فى حجرات مجهزة بالأجهزة والأدوات اللازمة. ولقد تطورت أساليب الملاحظة بتطور الأجهزة العلمية فى معامل علم النفس مثل آلات التصوير السينيمائى وكاميرات الفيديو والدوائر التليفزيونية المغلقة. ويستخدم كذلك غرف بها حواجز للرؤية من جانب واحد حيث يرى الملاحظون المرضى دون أن يراهم أحد منهم، وذلك لعدم الإحراج وحتى يكون السلوك تلقائيا قدر الإمكان.

* **اختيار عينات سلوكية مختلفة للملاحظة:** وذلك باختيار عينات متنوعة ومتعددة وشاملة ومثلة لأكبر عدد من مواقف الحياة المختلفة في أوقات ومناسبات مختلفة، في مواقف فردية أو جماعية. كذلك يجب الاهتمام بتكامل الموقف الملاحظ - أي أن يكون السلوك الملاحظ موقفا له بداية ونهاية.

* **عملية الملاحظة:** تتم عملية الملاحظة مع مريض واحد في وقت واحد. وفي حالة ملاحظة سلوك الجماعة يحسن استخدام الشرائط التسجيلية والأفلام. ويحسن تعدد الملاحظين ضمانا للموضوعية والدقة، مع اتفاقهم جميعا على السلوك المراد ملاحظته ومعاني السمات السلوكية التي تلاحظ. ويحسن أن تستخدم «قوائم الملاحظة» لتحقيق هذا الغرض.

* **التسجيل:** يجب أن تسجل الملاحظة بعدها مباشرة وليس أثناءها، ويجب الإسراع بتسجيل وتلخيص كل مادار في الملاحظة. كذلك تسجيل تاريخ ومكان وزمان الملاحظة وأسماء من قاموا بها.

* **التفسير:** يتم تفسير السلوك الملاحظ، ويجب أن يكون في ضوء الخلفية التربوية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية للمريض، وخبراته السابقة وإطاره المرجعي. (انظر شكل ٦).



شكل (٦) الملاحظة

مزايا الملاحظة:

من مزايا الملاحظة ما يلي:

* الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق غيرها من الوسائل.

* دراسة السلوك الفعلى فى مواقفه الطبيعية. وهذا أفضل من قياسها بالاختبارات والمقاييس أو السلوك اللفظى والتي قد تلعب فيها المرغوية الاجتماعية دورا كبيرا.

عيوب الملاحظة:

من عيوب الملاحظة ما يلي:

* تدخل الذاتية ورجوع الملاحظ فى ملاحظته إلى خبراته الشخصية.

* رفض بعض الأفراد والجماعات بأن يكونوا موضع ملاحظة ، كالمراهقين والأزواج والأسر.

* تعارض بعض أنواع الملاحظة مع مبدأ رئيسى من أخلاقيات العلاج النفسى، وهو استئذان المريض قبل الملاحظة مما يفسد التلقائية والطبيعية فى سلوك المريض.

(عبدالرحمن العيسوى، ١٩٧٩).

الاختبارات والمقاييس: Tests and Measures

الاختبارات والمقاييس النفسية من أهم وسائل جمع المعلومات فى الفحص والتشخيص. وتهتم العيادات النفسية بإعداد الكثير من الاختبارات والمقاييس الفردية والجماعية فى شكل «بطارية» لقياس جوانب الشخصية

المختلفة مثل: الذكاء، والاتجاهات، والقيم، والميول، والقدرات، والتوافق. والاختبارات والمقاييس وسيلة جيدة لتحديد دوافع وصراعات واهتمامات واستعدادات وقدرات المريض. وتوجد أنواع كثيرة من الاختبارات والمقاييس منها: اللفظية وغير اللفظية، والفردية والجماعية، والعملية والورقية، واختبارات السرعة والدقة، والاختبارات التشخيصية.

ويمكن الاستفادة من الاختبارات والمقاييس فى دراسة السلوك الإنسانى والحصول على بيانات دقيقة إذا أحسن استخدامها ووضعت لها الضوابط، وأمكن التأكد من ثباتها وصدقها ودلائنها الكليينكية. وتطبق الاختبارات والمقاييس فى وقت أقصر وبمجهود أقل عن الوسائل الأخرى، وتساعد فى تحديد الوسائل الملائمة للعلاج. (فيصل عباس، ١٩٨٣).

شروط الاختبارات والمقاييس الجيدة:

هناك شروط يجب توافرها فى الاختبارات والمقاييس الجيدة، وهى: الصدق، والثبات، والموضوعية، والتقنين، وسهولة الاستخدام، وتعدد الاختبارات، والاعتدال فى استخدامها، وتجنب المرغوبة الاجتماعية، والبعد عن أثر الهالة.

استخدام الاختبارات والمقاييس:

يتطلب استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية مراعاة دقة اختيارها، ومهارة الأخصائى فى تطبيقها وقابلية المفحوص لها، ومراعاة الشروط الأساسية كاختيار المكان المناسب لأدائها، والمناخ النفسى الهادئ، والإجراء السليم، وتفسير نتائجها موضوعيا.

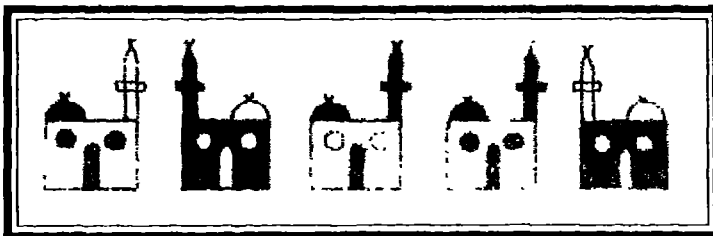
أنواع الاختبارات والمقاييس:

توجد أنواع عديدة من الاختبارات والمقاييس حسب الغرض منها، ومن أنواعها ما يلى:

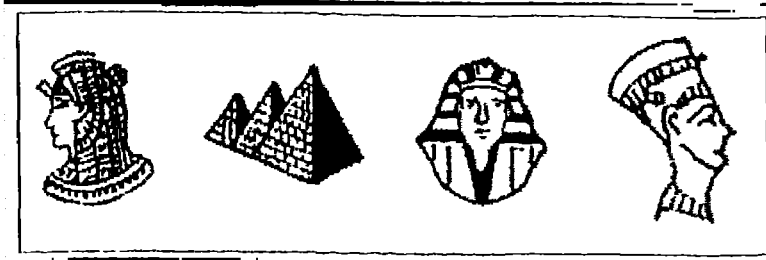
* **اختبارات ومقاييس الذكاء:** وتكون فى صور تناسب مع التعريف الرئيسى الذى يقوم كل منها على أساسه، فمنها ما يقيس الذكاء باعتباره القدرة العقلية العامة، أو القدرة على إدراك العلاقات والمتعلقات، أو القدرة على حل المشكلات. ومن أمثلة اختبارات ومقاييس الذكاء: مقياس ستانفورد - بينيه الذى عدله وعربه إسماعيل القبانى، واقتبسه محمد عبدالسلام أحمد ولويس كامل مليكة، ومقياس ويكسلر لذكاء الأطفال إعداء محمد عماد الدين إسماعيل ولويس كامل مليكة (انظر شكل ٧) ومقياس ويكسلر - بيلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين إعداد لويس كامل مليكة، واختبار عين شمس للذكاء الابتدائي تأليف عبدالعزیز القوصى وآخرون، واختبار ذكاء الشباب المصور تأليف حامد زهران، (انظر شكل ٨) واختبار ذكاء الشباب اللفظى تأليف حامد زهران، واختبار ذكاء الأطفال تأليف إجلال سرى. (انظر شكل ٩).



شكل (٧) مقياس ويكسلر (عينة)



شكل (٨) اختبار ذكاء الشباب المصور (عينة)

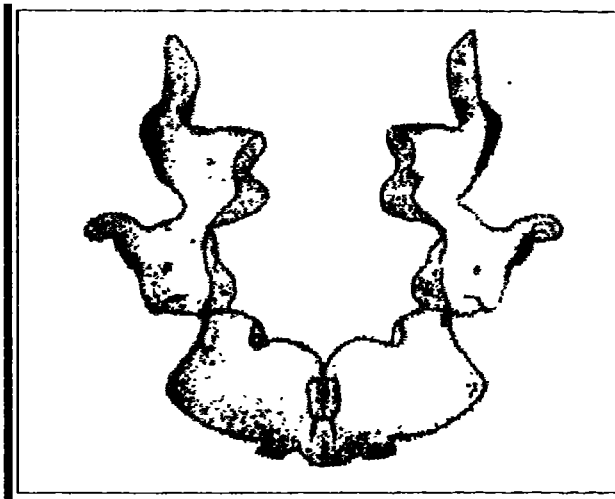


شكل (٩) اختبار ذكاء الأطفال (عينة)

✱ **اختبارات ومقاييس التحصيل:** وهي اختبارات معلومات ومعارف ومهارات. وتعتبر الحصيلة التربوية مقاييس لنتائج علمية التعلم. ومعظم اختبارات التحصيل المقتنة من النوع الموضوعي الذي يتضمن عددا كبيرا من الأسئلة ذات الإجابات القصيرة، أو الاختيار من متعدد، أو التكملة، أو الصح والخطأ، أو المزاوجة. وتقوم المراكز القومية للبحوث التربوية والمراكز القومية للتقويم والامتحانات بإعدادها وتقنينها.

✱ **اختبارات ومقاييس الشخصية:** وتكون لقياس أبعاد الشخصية وسماتها وأثرها على السلوك والتوافق النفسي. ومعظم اختبارات ومقاييس الشخصية تؤدي إلى صفحة نفسية تحدد موقع المريض بالنسبة لأبعاد الشخصية وسماتها. ومن اختبارات ومقاييس الشخصية الشائعة الاستخدام: اختبار عوامل الشخصية للراشدين تأليف ريموند كاتيل Cattell وإعداد عطية هنا وآخرون، وقائمة أيزينك للشخصية إعداد جابر عبد الحميد جابر ومحمد فخر الإسلام، واختبار مفهوم الذات تأليف حامد زهران، واختبار بقع الحبر وضع رورشاخ (شكل ١٠)، واختبار تفهم الموضوع للكبار وضع هنري موراي Murray إعداد أحمد عبدالعزيز سلامة (شكل ١١)، واختبار تفهم الموضوع للأطفال وضع بيلاك Bellak ويوجد منه صورة تتضمن أشكال حيوانات (شكل ١٢)

وأخرى تتضمن أشكال آدميين (شكل ١٣)، واختبار تفهم الموضوع للمسنين وضع بيلاك وبيلاك وتعريب عبدالعزيز القوصى ومحمد الطيب، (شكل ١٤)، واختبار ساكس لتكملة الجمل إعداد أحمد عبدالعزيز سلامة.



شكل (١٠) اختبار رورشاخ (عينة)



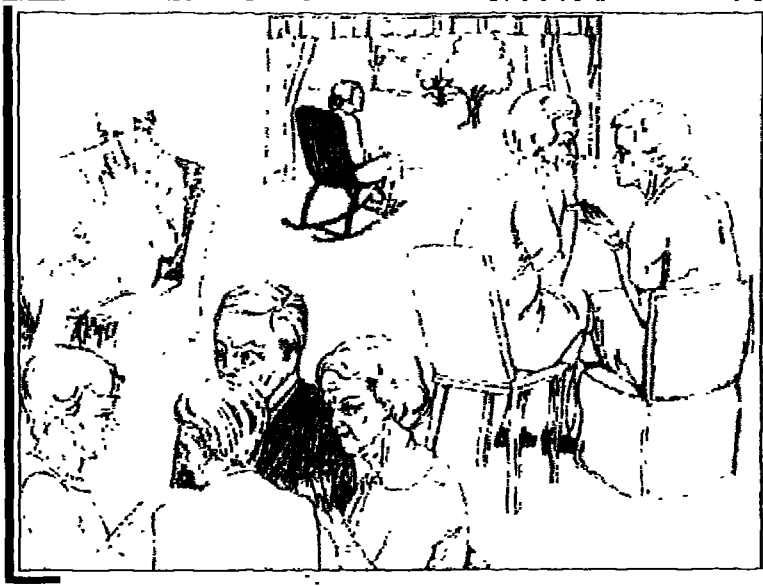
شكل (١١) اختبار تفهم الموضوع للكبار (عينة)



شكل (١٢) اختبار تفهم الموضوع للأطفال (صورة الحيوانات) (عينة)



شكل (١٣) اختبار تفهم الموضوع للأطفال (الصورة الأدمية) (عينة)



شكل (١٤) اختبار تفهم الموضوع للمسنين (عينة)

* **اختبارات ومقاييس التشخيص:** وهدفها المساعدة فى تحديد المشكلات وتشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية. ومن أمثلتها اختبار التشخيص النفسى تأليف حامد زهران، واختبار الشخصية المتعدد الأوجه تأليف هاثاوى وماكينلى Hathaway & McKinley إعداد عطية هنا وآخرون، واختبار الشخصية السوية إعداد عطية هنا وسامى هنا.

* **اختبارات التوافق النفسى:** وهى تقيس التوافق النفسى للمريض شخصيا واجتماعيا ومهنيا وزواجيا وأسريا، ومن أمثلتها: اختبار التوافق للطلبة وضع هيو بيل Bell وإعداد محمد عثمان نجاتى، واختبار التوافق النفسى العام تأليف إجلال سرى.

* **مقاييس الصحة النفسية:** وهى تقيس الصحة النفسية للفرد، ومن أهمها: مقياس الصحة النفسية اقتباس وإعداد محمد عماد الدين إسماعيل وسيد مرسى، ومقياس الصحة النفسية للشباب وضع حامد زهران وفوليت فؤاد.

مزايا الاختبارات والمقاييس:

تمتاز الاختبارات والمقاييس بما يلي:

- * تكون موضوعية وأكثر صدقا وثباتا من غيرها من الوسائل.
- * تعطى تقديرا كميا وكيفيا معياريا لشخصية المريض واستعداداته وقدراته.
- * تعتبر وسيلة اقتصادية.
- * تعتبر وسيلة فعالة فى التصنيف والتقييم واتخاذ القرارات والتنبؤ.

عيوب الاختبارات والمقاييس:

من أهم عيوب الاختبارات والمقاييس ما يلي:

- * تعطى صفات للمرضى تظل ملازمة لهم مما قد يؤثر فى الوضع الاجتماعى لهم.
 - * قد يوجد بها بعض القصور فى إنشائها وتقنيها.
 - * يبالغ فى الاهتمام بها بعض المعالجين ويعتقدون أنها أهم ما فى عملية العلاج النفسى.
 - * قد يساء استخدامها أو تفسير درجاتها.
- (حامد زهران ١٩٩٨).

السيرة الشخصية: Autobiography

هى تقرير ذاتى يكتبه الفرد عن نفسه بقلمه. وهى تتناول حياة الفرد الشعورية لمعظم جوانب حياته مثل ماضيه وحاضره وتاريخه الشخصى والاجتماعى والمهنى والانفعالى، وخبراته الهامة ومشاعره وأفكاره وميوله وهوياته وقيمه وأهدافه وخططه المستقبلية وأسلوب حياته، ومشكلاته وإحباطاته وصراعاته، وتوافقه العام واتجاهاته. ويتم جمع المعلومات بوسيلة السيرة الشخصية بناء على المبدأ القائل إنه «ليس هناك من هو أعرف بالفرد من نفسه». ومن أشهر نماذج السيرة الشخصية «الأيام» لطفه حسين. (حامد زهران، ١٩٩٨).

أنواع السيرة الشخصية:

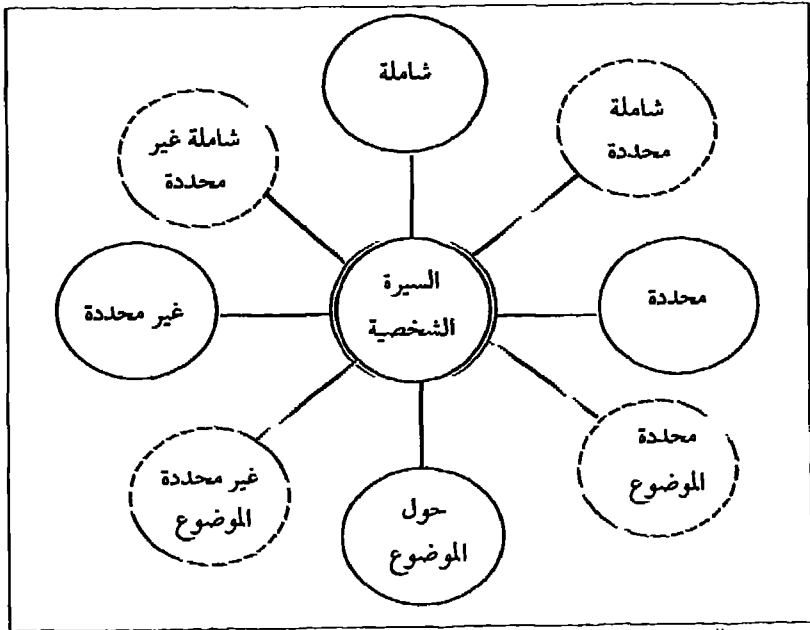
تتعدد أنواع السيرة الشخصية، ومنها:

✱ **السيرة الشخصية الشاملة:** وتشمل مدى واسعا من الخبرات في مدى زمني طويل من حياة المريض.

✱ **السيرة الشخصية حول موضوع:** وتشمل مدى محددا أو خبرة معينة.

✱ **السيرة الشخصية المحددة:** وتوجد بها الخطوط العريضة للموضوعات الهامة المطلوب الكتابة فيها . فمثلاً يكتب المريض عن تاريخه الشخصي والاجتماعي والانفعالي ومفهوم الذات، وذلك للحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات، ويفيد في حالات الأفراد الذين ليس لديهم الطلاقة اللغوية.

✱ **السيرة الشخصية غير المحددة (الحرية):** وفيها يترك للمريض الحرية في الكتابة عن جانب من جوانب حياته أو موضوع معين، أو قصة حياته كاملة (انظر شكل ١٥).



شكل (١٥) أنواع السيرة الشخصية

مصادر السيرة الشخصية:

مصادر السيرة الشخصية متعددة ومنها:

* **الكتابة المباشرة:** وهى تقرير ذاتى عن سيرة المريض الشخصية يكتبها مباشرة وبقلمه عندما يطلب المعالج ذلك.

* **المفكرات الشخصية:** وتشمل كل ما يقوم به المريض فى حياته اليومية، مثل نشاطه وهواياته، وهى مفكرات خاصة جداً بالمريض، وقليل من المرضى من يقدم مثل هذه المفكرات للمعالجين، على الرغم من أنها مصدر غنى للمعلومات.

* **المفكرات الخاصة:** وهى المذكرات الخاصة بالمريض والتي تحتوى على خبرات أو أحداث أو مشكلات هامة فى حياته، ويدون المراهقون الكثير من هذه المذكرات.

* **المستندات الشخصية:** وهى تتناول سلوك المريض وخبراته المتنوعة فى حياته اليومية، مثل الوثائق الرسمية، والخطابات الشخصية .

* **الإنتاج الأدبى والفنى:** مثل الشعر والنثر والرسم، مما يعبر عن مشاعر المريض وأفكاره والكثير من جوانب شخصيته واستعداداته واتجاهاته وصراعاته وميوله بالإضافة إلى فرصة الإسقاط والتنفيس الانفعالى.

عوامل لمجاح السيرة الشخصية:

هناك عوامل ضرورية لنجاح السيرة الشخصية، وهى : الاستعداد للكتابة، وشعور المريض بالمسئولية، والصدق، والالتزام بالترتيب الزمنى والاعتدال فى الكتابة، والتحديد للزمان والمكان، والسرية.

خطوات السيرة الشخصية:

تسير خطوات السيرة الشخصية كما يلى:

* **الإعداد:** أى إعداد الفرد للكتابة، وتوضيح ماهية السيرة الشخصية، وهدفها، وكيفية كتابتها.

* **دليل الكتابة:** وهو دليل يقدم للفرد ويحدد الخطوط الرئيسية المطلوب الكتابة في إطارها.

* **المكان:** تكتب السيرة الشخصية في منزل الفرد أو في مركز الإرشاد النفسى أو في العيادة النفسية. ويمكن أن يكتبها الفرد منفرداً أو فى جلسة جماعية.

* **الزمان:** ليس لكتابة السيرة الشخصية زمن معين أو محدد، فقد تكتب فورياً أو بعد فترة قصيرة من الجلسة أو فى وقت لاحق أو خلال فترة يحددها المعالج للمريض.

* **الكتابة:** يعطى للمريض الحرية الكاملة للتعبير عن سيرته الشخصية بالأسلوب الذى يرغب فيه دون تدخل من المعالج، فقد يكتب المريض باللغة الفصحى أو العامية، وقد يحدد عدد الصفحات أو لا يحدد.

* **الناقشة:** يناقش المعالج محتوى السيرة الشخصية مع المريض مستفسراً عن بعض محتوياتها إذا لزم الأمر.

* **التفسير والتحليل:** يقوم المعالج بتفسير وتحليل محتوى السيرة الشخصية للمريض فى ضوء المعلومات التى جمعها المعالج عن طريق وسائل جمع المعلومات الأخرى، ويوجد أسلوبان للتفسير هما: الأسلوب الكمي والأسلوب الكيفى .

مزايا السيرة الشخصية:

من أهم مزايا السيرة الشخصية ما يلى:

- * تصلح للإجراء بصورة جماعية مما يوفر الوقت والجهد والمال.
- * تيسر الحصول على معلومات كLINIكية مهمة عن الجانب الذاتى من حياة المريض وشخصيته التى قد لا تكشفها الوسائل الأخرى.
- * تصلح أكثر لمن لا يستطيعون الكلام أمام الآخرين وللمرضى الذين يكتبون عن أنفسهم أحسن مما يتكلمون .
- * تفيد فى دراسات العباقرة وذوى الحاجات الخاصة.

- * تتيح الفرصة للمريض للتعبير بأسلوبه وبطريقته في عرض مشكلته.
 - * تحتوى على عناصر هامة مثل التنفيس الانفعالى والتخلص من القلق والتوتر وزيادة الاستبصار لدى المريض.
 - * تتيح فرصة مشاركة المريض في عملية العلاج النفسى.
- عيوب السيرة الشخصية:**

من عيوب السيرة الشخصية ما يلى:

- * تعتمد على الاستبطان، وهى أكثر تشبعاً بعامل الذاتية.
- * تلعب حيل الدفاع النفسى دوراً كبيراً فى كتابتها مما يؤثر على الحقائق والمعلومات التى وردت بها.
- * تستخدم مع الكبار والمتقنين فقط.
- * يصعب تفسيرها وتحليلها بدقة.
- * يقل ثباتها وصدقها نسبياً.

دراسة الحالة؛ Case Study

دراسة الحالة وسيلة شائعة الاستخدام لتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن المريض، وهى أكثر الوسائل شمولاً وتفصيلاً. ويرى البعض أن دراسة الحالة ليست «وسيلة» لجمع المعلومات بالمعنى الحرفى للكلمة، ولكنها أسلوب لتجميع المعلومات التى تم جمعها بالوسائل الأخرى مثل المقابلة والملاحظة والتقارير الذاتية وتقارير المعلمين والاختبارات والمقاييس... إلخ.

وتعتبر دراسة الحالة الطريق المباشر إلى جذور المشكلات الإنسانية. وتتضمن دراسة الحالة كل المعلومات التى تجمع عن الحالة. وهى تحليل دقيق للموقف العام للفرد ككل. وهى وسيلة لتنسيق المعلومات التى جمعت بوسائل أخرى عن المريض وبيئته. وهى بحث شامل لأهم عناصر حياة الفرد.

المصطلحات الفنية المعقدة، وتجنب التعميمات والتنبؤات غير المناسبة لجنس المريض أو مرحلة عمره أو ثقافته أو مهنته.

دليل فحص ودراسة الحالة:

يجب أن تشتمل دراسة الحالة على كل المعلومات والعوامل والخبرات التي جعلت المريض على ما هو عليه، أي أنها تحتوي على ما يلي:

- * المعلومات الهامة اللازمة لعملية العلاج النفسى.
- * نقاط القوة ونقاط الضعف والإيجابيات والسلبيات لدى المريض.
- * عينات من سلوك المريض فى الحياة اليومية.

ويفضل البعض استخدام إطار معيارى مقنن ومحدد لدراسة الحالة يعتبر إطاراً منظماً لها. وليس هناك شكل واحد لهذا الإطار، ولكن توجد أشكال مختلفة بعضها مفضل وشامل، وبعضها مختصر يركز على المعلومات الرئيسية فقط.

ومن النماذج المفصلة «دليل فحص ودراسة الحالة» الذى أعده حامد زهران (١٩٧٦)، وهو دليل يسترشد به المعالج فى مرونة، وهو يجمع المعلومات عن المريض، وذلك حسب عمره وجنسه، وثقافته وحالته الاجتماعية. ويقصد بالمرونة مثلاً الكلام بالعامية أو الإضافة بعض الشرح والإيضاح المختصر، أو حذف بعض الفقرات التى تطبق فقط على الجنس الآخر أو على المتزوج فقط أو الأعزب فقط .. إلخ . أما عن محتوى دليل فحص ودراسة الحالة فيتكون من ثمانية مباحث يتضمن كل منها عدداً من الفقرات على النحو التالى:

- * البيانات العامة: الحالة، الوالدان، ولى الأمر، الإخوة والأخوات، القرين، الأولاد، الأقارب الذين يعيشون مع الأسرة، الأفراد الذين يعولهم، الآخرون الذين يمكن الاستفادة بهم، محيل الحالة أو جهة الإحالة .

- * المشكلة أو المرض: تحديد المشكلة أو المرض الحالى، أسباب وأعراض

وعادة ما يقوم المعالج بدراسة الحالة في الحالات العادية، أما في الحالات الشديدة فيقوم بذلك أكثر من أخصائي كل في تخصصه.

وتعتبر دراسة الحالة بمثابة قطاع مستعرض في حياة الفرد، أى أنها دراسة استعراضية لحياة الفرد تركز على حاضره وماضيه مع نظرة وتطلع إلى المستقبل، وذلك من باب ربط الأحداث أو الخبرات، أى أنها دراسة تتبعية لحياة المريض . (رسمية خليل، ١٩٦٨).

هدف دراسة الحالة:

تهدف دراسة الحالة إلى فهم أفضل للمريض ومشكلاته، وطبيعتها، وأسبابها، والتخطيط للخدمات العلاجية، وتعطى دراسة الحالة إطاراً معيارياً منظماً للبيانات والمعلومات العامة، والشخصية، والجسمية، والعقلية، والانفعالية... إلخ.

والوظيفة الرئيسية لدراسة الحالة هى تجميع المعلومات ومراجعتها، ودراستها وتركيبها وتلخيصها ووزنها كإكلينيكيًا، أى وضع وزن كإكلينيكي يوضح أهمية وخطورة كل منها. فمثلاً قد يكون هناك معلومة أو خبرة لها وزن كإكلينيكي أثقل من الوزن الكإكلينيكي لعشرات المعلومات الأخرى . (حامد زهران، ١٩٧٦).

أهمية دراسة الحالة:

تعتبر دراسة الحالة نقطة بداية جيدة للمقابلة الشخصية، وتساعد المعالج فى فهم المريض، وتعرف مشكلاته، وتساعد المريض على فهم نفسه بصورة أوضح وترضيه حيث يلمس أن حالته تدرس دراسة علمية مفصلة. وتستخدم دراسة الحالة كذلك لأغراض البحث العلمى.

شروط دراسة الحالة:

لكى تكون دراسة الحالة ذات قيمة علمية، يجب أن تتوفر لها شروط منها: وضوح الكتابة، والدقة فى تحرى المعلومات، وتكامل المعلومات بالنسبة للحالة أو المشكلة، والموضوعية، والاختصار دون إخلال، وتجنب

وتاريخ المشكلة أو المرض، المشكلات أو الأمراض الأخرى، طريقة حل المشكلات، الجهود العلاجية السابقة، التغيرات التي طرأت على الحالة .

* **الفحص النفسي:** آخر فحص نفسي، الأمراض النفسية السابقة، الأمراض النفسية في الأسرة، الذكاء، القدرات العقلية، الشخصية، اضطرابات الشخصية، الصحة النفسية، التوافق النفسي، الأسباب والأعراض النفسية للمشكلة أو المرض.

* **البحث الاجتماعي:** آخر بحث اجتماعي، المشكلات الاجتماعية السابقة، في الأسرة، والمدرسة، والمهنة، والمجتمع.

* **الفحص الطبي:** آخر فحص طبي، الأمراض الجسمية السابقة، العمليات الجراحية السابقة، الأمراض الجسمية في الأسرة، الأمراض الجسمية الوراثية في الأسرة، الإصابات والجروح والعيات، الحالة الصحية العامة، أجهزة الجسم، الحواس، العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية، فحوص طبية أخرى.

* **الفحص العصبي:** آخر فحص عصبي، الأمراض العصبية السابقة، الأمراض العصبية في الأسرة، الأمراض العصبية الوراثية في الأسرة، المخ، الأعصاب المخية، المخيخ، الحبل الشوكي، الأعصاب الشوكية، الجهاز العصبي الذاتي، الإحساس، فحوص عصبية أخرى.

* **ملاحظات عامة:** فهم الحالة لطبيعة وغرض الفحص، فهم التعليمات، الاتجاه نحو الفحص، الاهتمام به، الرغبة في إجرائه، الجهد الذي يبذله، الانتباه، التعاون، القدرة على التعبير عن النفس، مجرى الحديث، النشاط الجسمي، السلوك غير العادي أو الغريب.

* **ملخص الحالة:** يلخص أهم النواحي المرضية في ضوء البيانات العامة، وتحديد المشكلة أو المرض، والفحص النفسي، والبحث الاجتماعي، والفحص الطبي، والفحص العصبي، والملاحظات العامة.

تنظيم دراسة الحالة:

تتطلب دراسة الحالة تنظيمًا خاصًا يراعى فيه عدة أمور منها: الاهتمام بالمعلومات الضرورية، وعدم تجاهل بعضها، وعدم التركيز على المعلومات الفرعية أو الثانوية. (انظر شكل ١٦).



شكل (١٦) دراسة الحالة

مزايا دراسة الحالة:

تمتاز دراسة الحالة بما يلي:

- * تيسير فهم وتشخيص وعلاج الحالة على أساس علمي دقيق غير متسرع مبنى على البحث والدراسة.
- * تفيد في التنبؤ، وذلك عندما يحتاج دارس الحالة فهم الحاضر في ضوء الماضي، ومن ثم يستطيع أن يلقي نظرة على المستقبل.
- * تفيد في عملية التنفيس الانفعالي وإعادة تنظيم الخبرات والأفكار، وتكوين استبصار جديد بالمشكلة أو المرض.

عيوب دراسة الحالة:

يؤخذ على دراسة الحالة ما يلي:

- * تستغرق وقتاً طويلاً مما قد يؤخر المساعدة عن موعدها المناسب، وخاصة في الحالات التي يكون فيها عنصر الوقت عاملاً فعالاً ومؤثراً.
 - * تصبح دراسة الحالة كما من المعلومات لا معنى له يضلل أكثر مما يساعد، إذا لم يحدث تجميع وتنظيم وتلخيص ماهر للمعلومات.
- (حامد زهران، ١٩٧٦ أ، إجلال سرى، ١٩٨٢).

الفصل التاسع

عملية العلاج النفسي

العلاج النفسي؛

العلاج النفسي قديم قدم التاريخ، إلا أن أسسه ونظرياته لم تتبلور إلا في بداية القرن الحالي.

والعلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من أنواع العلاج يستخدم طرقاً وأساليب علمية لعلاج الأمراض النفسية.

والعلاج النفسي ليس مقصوراً على مجرد إزالة بعض الأعراض المرضية التي يشكو منها المريض، ولكنه يعالج الاضطرابات السلوكية والأمراض النفسية التي يعاني منها بعض الأفراد، والتي تحول دون توافقهم السليم في الحياة والتمتع بالصحة النفسية.

ويهتم العلاج النفسي بتفسير طبيعة الأعراض للتخلص منها، ومعرفة الأسباب لإزالة آثارها، وتشجيع المريض والعمل على تحقيق الشفاء من المرض النفسي . (سعد جلال، ١٩٦٦، فيصل الزراد، ١٩٨٤).

تعريف العلاج النفسي؛

يذكر المؤلفون تعريفات كثيرة للعلاج النفسي، نذكر منها على سبيل المثال ما يلي:

* هو نوع من العلاج للأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية ينشأ فيه المعالج عقداً مهنيًا مع المريض، ومن خلال اتصال علاجي محدد (لفظي أو غير لفظي) يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الانفعالية، وتغيير أنماطه السلوكية سيئة التوافق، وتنمية شخصيته وتطورها . (فريدمان وآخرون، Freedman et al، ١٩٦٧).

* هو صورة من صور مناقشة مشكلات ذات طبيعة انفعالية يقوم فيها المعالج بتكوين علاقة مهنية مع المريض يسعى فيها إلى إزالة أو تعديل أعراض معينة، أو تغيير سلوك ظاهرى، وهدفه من ذلك تعزيز وتقوية وإبراز الجوانب الإيجابية فى شخصيته النامية وتطويرها . (مصطفى فهمى، ١٩٦٧).

* هو نشاط مخطط يقوم به المعالج النفسى بهدف تحقيق تغير فى الفرد ليجعله أكثر توافقاً . (عطية هنا ومحمد سامى هنا، ١٩٧٦).

* هو مجموعة من الجهود الفنية التى يقوم بها المعالج النفسى فى سبيل مساعدة الفرد على حل مشكلاته التى تواجهه، وتحول بينه وبين توافقه النفسى . (نبيل حافظ، ١٩٨٣).

* هو نوع من العلاج يستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض ذات الصبغة الانفعالية التى يعانى منها المريض وتؤثر فى سلوكه، حيث يتم العمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة، مع مساعدته على حل مشكلاته الخاصة وتوافقه مع بيئته، واستغلال إمكاناته وتنمية شخصيته ودفعها فى طريق النمو الصحى، بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وقدرة على التوافق النفسى فى المستقبل . (حامد زهران، ١٩٩٧).

وتعرف المؤلفة العلاج النفسى بأنه : نوع من العلاج المتخصص، تستخدم فيه طرق وأساليب نفسية، لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض نفسية المنشأ، بهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض والشفاء من المرض، ونمو الشخصية، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسى، والتمتع بالصحة النفسية .

أهداف العلاج النفسى:

يهدف العلاج النفسى إلى تحقيق ما يلى:

- * تعديل السلوك غير السوى واللاتوافقى للمريض، وتعلم السلوك السوى والتوافقى، وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلّمة.
 - * إعطاء الفرصة للمريض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق.
 - * تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسى وإزالة القلق والتخلص من السلوك المرضى.
 - * إزالة أسباب المرض وعلاج أعراضه، وحل المشكلات والسيطرة عليها.
 - * تدعيم نواحي القوة وتلافي نواحي الضعف فى الشخصية.
 - * تحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين، وإقامة علاقات اجتماعية سوية.
 - * تدعيم وبناء الشخصية وتكاملها.
 - * زيادة القدرة على حل الصراعات والتغلب على الإجابات ومواجهة الحرمانات، وتحمل الصدمات.
 - * العمل على إتمام الشفاء.
- (محمد عماد الدين إسماعيل، ١٩٥٩، أحمد عبد العزيز سلامة، ١٩٧٩).

الإجراءات المشتركة فى عملية العلاج:

توجد إجراءات مشتركة بين معظم طرق العلاج النفسى، وهذه الإجراءات المشتركة تمثل الإجراءات الأساسية فى عملية العلاج النفسى. وفيما يلى أهم هذه الإجراءات:

المناخ العلاجى:

يبدأ العلاج النفسى بتهيئة المناخ العلاجى الصحى وذلك بإعداد المكان والزمان المناسبين لعملية العلاج، والاتفاق مع المريض على مواعيد الجلسات العلاجية، وتبصيره بدوره وتحمل مسئوليته فيها، وإتاحة فهم

سلوك المريض من واقع إطاره المرجعي. ومعروف أن المناخ العلاجي الآمن والقائم على الفهم والتقبل والألفة يشجع المريض ويبعث فيه الطمأنينة والأمل.

العلاقة العلاجية:

تبدأ الجلسة العلاجية بالترحيب بالمريض، ويبدأ المريض بالحديث عن مشكلته أو مرضه بحرية، ويستجيب المعالج له في بشاشة وتسامح وتقدير واحترام. ويظهر المعالج نيته الصادقة ورغبته في مساعدة المريض. ويلون هذه العلاقة الثقة المتبادلة والشعور بالأمن والأمل والتعاون. وتحدد المسؤوليات بين كل من المعالج والمريض، كما تتضمن العلاقة العلاجية التفاعل والاتصال بينهما. وإذا استمر الاتصال والتفاعل فإن العلاقة العلاجية تزداد ثراءً وفعالية. ويحتاج نجاح العلاقة العلاجية إلى ممارسة العلاج النفسي كفن إلى جانب ممارسته كعلم. (أنطوني ستور، ١٩٩١).

التداعي الحر: Free Association

هو إطلاق العنان للأفكار والخواطر والاتجاهات والصراعات والرغبات والمشاعر في تلقائية دون قيد أو شرط مهما بدت تافهة أو محرجة أو مؤلمة أو معيبة، وإخراج هذه المواد المكبوتة من اللاشعور إلى حيز الشعور حتى يمكن التعامل معها.

يتطلب التداعي الحر من المعالج أن يكون يقظاً لانفعالات المريض وحركاته وقلبات لسانه أو زلات قلمه، أو التوقف المفاجئ، في تسلسل التداعي وترابطه، أو مقاومته تجنباً لمواجهة موقف أو خبرة معينة.

وقد يقلق المريض استعادة المواد المكبوتة من اللاشعور إلى الشعور، مما قد يجعله يلجأ إلى المقاومة، وعلى المعالج أن يفسر كل ما كشف عنه التداعي الحر وعلاقته بخبرات المريض ومشكلاته، وأن يساعد المريض على الاستبصار بحالته. (حامد زهران، ١٩٩٨).

التنفيس الانفعالي: Emotional Catharsis

هو تطهير وتفريغ الشحنات النفسية الانفعالية، وهو تخفيف الحمولة النفسية التي يعاني من عبئها المريض حتى لا يحدث تصدع في الشخصية. وفي هذه الحالة يجب على المعالج شرح وتفسير الانفعالات النفسية والتخلص من آثارها السلوكية الضارة.

وتتجلى أهمية التنفيس الانفعالي في التخلص من الخبرات الانفعالية المؤلمة المليئة بالشعور بالذنب والقلق وبعض محتويات مفهوم الذات الخاص.

ويجب على المعالج النفسي أن يتقبل المريض لذاته، وألا يواجه له اللوم أو يعترض على ما يقول المريض مهما كان، حتى يشعر المريض بالأمن النفسي ويعبر عما يكنه أو يخفيه في صورة بكاء، أو غضب أو صمت. (سعد جلال، ١٩٦٦).

التفسير: Interpretation

هو إعطاء معنى للمعلومات التي جمعت، وإيضاح ما ليس واضحاً، وإفهام ما ليس مفهوماً، وإعادة بناء خبرات المريض. ويتضمن ذلك تفسير الأعراض، وتوضيح الصلة بين الأحداث والأعراض وسمات الشخصية والخبرات، وتوضيح التناقض بين ما يقول أنه يشعر به وبين ما يشعر به بالفعل. (أنطوني ستور، ١٩٩١).

ويتناول التفسير العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض وما يدور في الجلسات العلاجية، والعلاقات الشخصية والاجتماعية مع نفسه ومع الآخرين، وهدف وأسلوب الحياة. ويتناول التفسير كذلك أسباب الاضطرابات وأعراضها، ونماذج من سلوك المريض.

ومن عوامل نجاح التفسير: الوضوح، والإيضاح، والتدرج، والشمول، والدقة، والإقناع. (حامد زهران، ١٩٩٨).

الاستبصار : Insight

هو فهم ومعرفة مصدر المشكلة أو الاضطراب لدى المريض والتعرف على نواحي القوة ونواحي الضعف، وكشف جوانب شخصيته الموجبة والسالبة، وقدرته على التحكم فى سلوكه، وفهمه لذاته فهماً جيداً. ويتوقف استبصار المريض بحالته على نوع المشكلة أو الاضطراب الذى يعانى منه، وقد يقتصر الاستبصار على معرفة المريض لإمكاناته أو اتجاهاته نحو موقف أو مشكلة خاصة. وقد يكون الاستبصار أعمق من ذلك فيؤدى إلى إعادة تنظيم الشخصية بسماتها وأبعادها وتغيير نمط حياة المريض. ولكى يقوم المعالج بدوره فى إجراء الاستبصار لدى المريض، عليه أن يكون مثله كمثل المرأة ليرى المريض نفسه بطريقة أوضح وبدرجة أفضل . (سعد جلال، ١٩٦٦).

التعلم : Learning

يكتسب المريض سلوكه المرضى عن طريق مروره بخبرات نفسية شخصية واجتماعية وانفعالية أليمة. ويمكن علاج هذا عن طريق تعرضه لخبرات جديدة، أثناء العملية العلاجية وذلك عن طريق المحاولة والخطأ أو الأسلوب الشرطى فى التعلم.

ويقوم المعالج بتهيئة المناخ النفسى الأمن الذى تتم فيه عملية التعلم وإعادة التعلم من جديد وانتقال أثر التعلم إلى مواقف الحياة العامة عن طريق تعميم الخبرات الجديدة.

وهكذا تعتبر عملية العلاج النفسى عملية تعلم وتغيير سلوك نتيجة للخبرة والممارسة. ومن فوائد التعلم فى عملية العلاج النفسى تعلم المريض مهارات سلوكية توافقية.

تعديل السلوك : Behaviour Modification

وهذا يتضمن محو تعلم السلوك الخاطى غير السوى أو غير المتوافق أو المضطرب أو الغريب أو الشاذ، والعمل على إطفائه والتخلص منه وتعديله إلى الأفضل والأحسن والسوى والعادى.

ويتطلب تعديل السلوك تحديد السلوك المطلوب تعديله والظروف التى يحدث فيها هذا السلوك والعوامل المسؤولة عنه، وإعداد خطة للتعديل، وتهيئة الظروف البيئية، والعمل لتحقيق السلوك المعدل المطلوب.

ومن فوائد عملية تعديل السلوك: تعديل وتصحيح مفهوم الذات لدى المريض، وتعديل انفعالاته المضطربة، وأفكاره ومعتقداته الخاطئة، واتجاهاته السالبة نحو نفسه ونحو الآخرين.

تغير الشخصية:

يتناول تغير الشخصية البناء الوظيفى والدينامى للشخصية، بهدف تحقيق النمو السليم والتكامل والتوازن والنضج. ويتضمن تحقيق تغير الشخصية تحسين العوامل التى تؤثر فيها وضبطها.

ويلاحظ أن تغير شخصية المريض أمر خطير ويحتاج إلى خبرة ويقتصر إجراؤه على المعالجين النفسيين المختصين ذوى الخبرة الطويلة والحاصلين على أعلى المؤهلات العلمية فى العلاج النفسى . (حامد زهران، ١٩٩٨).

التقييم: Evaluation

الهدف من عملية التقييم هو الوصول إلى تقدير كفى لقيمة عملية العلاج النفسى أكثر من مجرد تقييم كفى لما يحدث من تغير نتيجة لها. ويشترك المعالج النفسى والمريض فى تقييم عملية العلاج النفسى، ويتضمن ذلك ظروف عملية العلاج وإجراءاتها وجهود كل من المعالج والمريض.

وهناك طرق ووسائل عديدة لتقييم عملية العلاج منها : التقارير الذاتية، وقوائم المراجعة، ومقاييس التقدير، واختبارات التشخيص النفسى، وملاحظة السلوك.

الإنهاء:

عندما يتم تقييم عملية العلاج فى ضوء أهدافها ونتائجها، وعندما يتم التأكد من نجاحها، وشفاء المريض، يجب إنهاء العملية العلاجية.

ومن علامات شفاء المريض - والتي تشير إلى إنهاء عملية العلاج، القدرة على التوافق النفسي والاجتماعي والانفعالي والمهني، ومواجهة ما يستجد من مشكلات في الحياة اليومية، والقدرة على حلها مستقلاً عن طريق انتقال أثر التدريب أثناء العملية العلاجية.

ويحتاج إنهاء العلاج إلى مهارة مهنية من جانب المعالج، بحيث لا يكون هذا الإنهاء مفاجئاً أو متسرعاً، ولكن يكون متدرجاً. وهكذا يتحدد إنهاء عملية العلاج النفسي بتحقيق أهدافها، وشعور الفرد بقدرته على الاستقلال، والثقة بالنفس، والقدرة على حل مشكلاته مستقلاً مستقبلاً.

المتابعة : Follow -Up

يقصد بها تتبع مدى تقدم وتحسن حالة المريض الذي تم علاجه بعد إنهاء عملية العلاج النفسي. وبعد تحقيق الأهداف وتحقيق الشفاء، يجب إجراء المتابعة بانتظام واستمرار، وتحديد نسبة الشفاء، ومدى الاستفادة من الخبرات العلاجية .

ومن ضروريات المتابعة أن المريض قد يحتاج إلى مزيد من المساعدة والتشجيع من وقت لآخر. فقد تحدث نكسة وخاصة في الحالات التي يكون فيها حل المشكلة أو الشفاء ظاهرياً، والحالات التي يطرأ في المجال البيئي ما يسبب ظهور المرض من جديد. ولكي تتم المتابعة، يجب أن يترك المريض عنوانه ورقم تليفونه إن وجد.

مشكلات العلاج النفسي،

قد توجد بعض المشكلات التي قد تعوق نجاح عملية العلاج النفسي. ومن أمثلة هذه المشكلات: وسائل الإحالة الإجبارية، واتجاهات الوالدين وأولياء الأمور السالبة، والمفاهيم الخاطئة لدى المريض عن العلاج النفسي، ونقص القدرة العقلية العامة له، وصغر سنه أو كبره، والإصرار على الدواء، وبعد مكان العلاج، وعدم مناسبة مواعيد، وارتفاع تكاليفه، ومضاعفات العلاج النفسي غير الناجح.

العيادة النفسية؛

جاءت نشأة العيادات النفسية استجابة لزيادة الاهتمام بالأطفال المتخلفين عقلياً والمضطربين انفعالياً. وعلى الرغم من أن هذه العيادات كانت في البداية تتناول مشكلات الطفولة، إلا أن الاهتمام الذي وجه إلى مشكلات سوء التوافق لدى الراشدين يمثل تطوراً ملحوظاً في العيادات النفسية الحديثة التي تعتمد على الوسائل العلمية الحديثة في عمليات الفحص والتشخيص والعلاج.

وكرثت العيادات النفسية وتعددت مهامها حتى أصبحت ضرورة ملحة تحتمها ضغوط الحياة الحديثة.

وفي العيادة النفسية تجرى عملية الفحص والتشخيص والعلاج النفسي، ولا بد أن تكون العيادة مهياً لذلك من حيث توافر الإمكانيات ومناسبة المكان.

ومن العيادات النفسية ما يتبع كليات أكاديمية مثل كليات التربية وكليات الطب والمستشفيات العامة، ومنها العيادات الخاصة التابعة لبعض المعالجين النفسيين أو الأطباء النفسيين.

ويتكون فريق العيادة النفسية من المعالجين النفسيين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والأطباء والمرشدين النفسيين والممرضين والعاملين الذين يعملون في شكل فريق متكامل متعاون في عملية العلاج النفسي، حيث تطبق طرق وأساليب متنوعة من العلاج، مثل العلاج الجماعي والسلوكي والتحليل النفسي والعلاج باللعب والإرشاد النفسي ... إلخ. (عبد العزيز القوصي، ١٩٦٦، محمد خليفة بركات، ١٩٧٨، أنطوني ستور، ١٩٩١).

مضاعفات العلاج النفسي غير الناجح؛

العلاج النفسي - مثله مثل أى علاج آخر - قد يتم بنجاح وقد يفشل،

فيكون له فوائده في حالة النجاح أو مضاعفاته في حالة الفشل. وتحدث المضاعفات إذا ما قام بالعلاج غير مختص أو قليل الخبرة، أو إذا كان المريض غير مقبل أو غير متقبل، أو إذا انقطع عن عملية العلاج.

ومن بين مضاعفات العلاج النفسي الناقص أو غير الناجح: تطور وزيادة الأعراض لدى المريض، ويأسه من الشفاء أو الإقدام على الانتحار في بعض حالات الاكتئاب مثلاً، وخط العلاقة المهنية بالعلاقة الشخصية مما يعوق سير العملية العلاجية.

دور المعالج النفسي،

يقوم المعالج النفسي بإجراء الاختبارات والفحوص والتشخيص والتنبؤ والاستشارة العلاجية ووضع الخطة العلاجية وممارسة العلاج، متعاوناً مع بعض زملائه أعضاء فريق العلاج.

ويستخدم المعالج النفسي الأسس والفنيات والطرق والإجراءات النفسية في تعاون مع زملائه أعضاء فريق العلاج كل في اختصاصه.

ويجب أن يتمتع المعالج النفسي بخصائص من أهمها:

* الاهتمام والرغبة في معاونة المريض ومساعدته في حل مشكلاته والتخلص من اضطراباته.

* القدرة على إقامة علاقة مهنية ناجحة مع مرضاه.

* القدرة على الاستبصار بدوافعه ورغباته ومشاعره وحاجاته.

* الحساسية المناسبة لتنوع دوافع سلوك الآخرين.

* ضبط النفس والثبات بالنسبة لمواقف العلاج النفسي.

* تحمل المسؤولية المهنية والاجتماعية والالتزام بأخلاقيات المهنة.

* الإخلاص في العمل وبذل أقصى الجهد في عملية العلاج.

(أحمد عبد العزيز سلامة، ١٩٧٩، نعيم الرفاعي، ١٩٩٤).

ويذكر رشدي فام (١٩٩٨) عشر خصائص أساسية يجب أن تتوافر في المعالج النفسي وهي: عشق العمل في مجال العلاج النفسي، والحس الكلينيكي، والفطنة إلى حتمية الذاتية، والتواضع، والاستماع بأذن ثالثة، وتوافر الذكاء المتقدم، والانشغال بمشكلة المريض، والاستماع الجيد، وقلة الكلام، والاعتراف بأي خطأ يقع فيه.

وتؤكد البحوث والدراسات ضرورة وأهمية التدريب على عملية العلاج النفسي قبل ممارسته، مع التأكيد على مهارات التدخل النفسي التربوي Psycho - educational Intervention. ويلفت الباحثون النظر إلى أهمية الطموح المهني والميل العلمي والعملية بالنسبة للمعالج النفسي، وينظرون إليه كعالم - ممارس Scientist - Practitioner. ويؤكد الباحثون كذلك أهمية متابعة الجديد في علم النفس العلاجي، وأهمية التدريب المستمر واكتساب الخبرة العملية. (كريستوفر ريكويرو Recupero، ١٩٩٦).

وتشير شيريل جونز Jones (١٩٩٦) إلى أهمية تدريب المعالج النفسي على تصميم برامج المساعدة العلاجية في مواقف علاج حقيقية. وتشير إين جوليهير Gollither (١٩٩٥) إلى أهمية الرضا المهني لدى المعالج النفسي. وتقول إنه كلما زادت الخبرة العلاجية كلما انخفض التوتر وكلما زادت إمكانات التدخل العلاجي الموفق.

مجالات عمل المعالج النفسي:

تتعدد مجالات عمل المعالج النفسي على النحو التالي:

* العمل في العيادات النفسية ومستشفيات الأمراض العقلية حيث يقوم بالفحص والتشخيص والعلاج بالتعاون مع فريق العلاج.

- * العمل فى مراكز التوجيه والإرشاد النفسى، وذلك فى مجالات الإرشاد العلاجى والتربوى والمهنى والزواجى والأسرى وإرشاد ذوى الاحتياجات الخاصة.
 - * العمل فى المؤسسات الإصلاحية وذلك بدراسة حالات الجانحين وإجراء المقابلات التشخيصية والعلاجية والعمل على إعادة توافقهم النفسى.
 - * العمل فى المصانع ومؤسسات الإنتاج حيث يقوم بدراسة الظروف المادية داخل ميدان العمل وما لها من آثار مادية على العامل والإنتاج من حيث التعب والملل والتعرض للحوادث والتمارض.
 - * العمل فى المؤسسات التابعة للجيش والشرطة، ومراكز الشباب.
- (فيصل عباس، ١٩٨٣، كمال إبراهيم مرسى، ١٩٨٨).

أخلاقيات العلاج النفسى؛

الوعى بأخلاقيات العلاج النفسى أمر فى غاية الأهمية بدءاً من الإعداد المهنى مروراً بالممارسة تحت التدريب وصولاً إلى الخبرة العلاجية. (كارول فانيك Vanek، ١٩٩٥).

وتؤكد باربارا فلاى Fly (١٩٩٦) على أهمية أخلاقيات العلاج النفسى، وتقول إن من لا يتمسك بهذه الأخلاقيات لا ينبغى أن يعمل فى العلاج النفسى.

ومن أهم أخلاقيات العلاج النفسى ما يلى:

- * سرية البيانات والمعلومات: وتعتبر من أهم الأمور التى يجب أن يؤكد عليها المعالج للمريض ويلتزم بها، فالمريض قد ييوح للمعالج بأهم أسرارهِ وخباياه، وقد يكون ذلك أمراً يدينه قانوناً، لذلك يجب أن يتأكد المريض من أن كل ما يقوله من أسرار يكون محاطاً بسرية مطلقة.
- * العلاقة المهنية: يجب أن تكون العلاقة المهنية بين المعالج والمريض محددة

ومحكومة بالمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية حتى يكون المعالج مثلاً يحتذى به المريض فى علاقاته مع الآخرين.

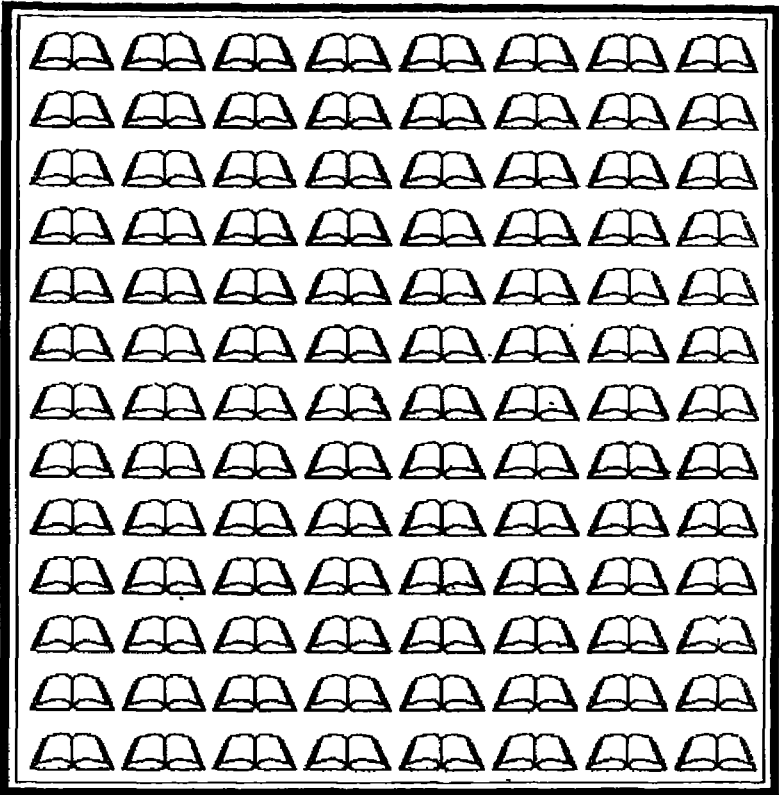
* **الترخيص:** يجب أن يحصل المعالج على ترخيص بالعلاج النفسى من الجهات الرسمية بعد التأكد من مؤهلاته العلمية وخبراته العلاجية، وأداء قسم المهنة.

* **العمل كفريق:** يجب التعاون والتكامل فى عملية العلاج النفسى بين المعالج وزملائه أعضاء فريق العلاج.

* **إحالة المريض:** يجب إحالة المريض إلى معالج آخر إذا وجد المعالج النفسى أن الحالة فى حاجة إلى تخصص آخر.

* **التكاليف:** يجب ألا تتحكم التكاليف فى عملية العلاج النفسى، وألا يرتبط عطاء المعالج بالقدر الذى يدفعه المريض.

(حامد زهران، ١٩٩٧).



الباب الثاني : طرق العلاج النفسي

- تعدد طرق العلاج النفسي
- التحليل النفسي
- العلاج السلوكي
- العلاج النفسي الجماعي
- العلاج الاجتماعي
- العلاج باللعب
- العلاج بالعمل
- الإرشاد العلاجي
- العلاج العقلاني الانفعالي
- العلاج بالواقع
- العلاج بالقراءة
- العلاج الجشتالتي
- العلاج بتحقيق الذات
- العلاج النفسي بالفن
- العلاج النفسي الديني
- الطرق التوفيقية والتركيبية

| | |
|---|--|
| | <p>التحليل النفسي (فرويد)</p> |
| <p>ماضي لاشعور</p> | |
| | <p>سلوكي (سكينر)</p> |
| <p>تعلم وثواب</p> | |
| | <p>المركز حول الذات (رجرز)</p> |
| <p>تطابق الذات الواقعية والمثالية</p> | |
| | <p>الجشع (بيرلز)</p> |
| <p>غيبض الطاقة هنا والآن</p> | |
| | <p>العقلاني الانفعالي (إليس)</p> |
| <p>تفكير عقلاني</p> | |

شكل (١٧) نظرات مختلفة إلى الفرد

الفصل العاشر

تعدد طرق العلاج النفسي

تتعدد طرق العلاج النفسي وتتعدد أبعاده حسب تعدد مدارسه ونظرياته. ومهما تعددت أبعاد العلاج النفسي، ومهما اختلفت طرقه، فإنها جميعاً تتكامل وتسعى إلى تحقيق أهداف العلاج النفسي، والفرق بينها جميعاً هو فرق في الدرجة وليس في النوع.

تعدد أبعاد العلاج النفسي:

تتعدد أبعاد العلاج النفسي، وكل بعد له طرفين، ويتضمن طريقة أو أكثر من طرق العلاج النفسي أو أسلوباً أو أكثر من أساليبه.

وفيما يلي أهم أبعاد العلاج النفسي:

* **العلاج الفردي، والعلاج الجماعي:** العلاج الفردي هو علاج حالة فردية، وتلعب العلاقة المباشرة بين المعالج والمريض دوراً رئيسياً في عملية العلاج. أما العلاج الجماعي، فهو علاج مجموعة من الحالات المتشابهة في المرض أو الاضطراب.

* **علاج الأسباب، وعلاج الأعراض:** علاج الأسباب يركز على أسباب المرض أو الاضطراب وعلاجها مما يؤدي إلى اختفاء الأعراض. أما علاج الأعراض، فيركز على أعراض المرض أو الاضطراب دون اهتمام بالأسباب.

* **العلاج المطول، والعلاج المختصر:** العلاج المطول هو العلاج الشامل الذي يهدف إلى إعادة بناء الشخصية ككل متكامل، ويستغرق وقتاً أطول. أما العلاج المختصر، فهو العلاج الذي يحدد هدفاً واحداً للعلاج، ويتم في وقت قصير.

* **العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي:** العلاج السلوكي يهدف إلى

تغيير السلوك المرضى المكتسب، أما العلاج المعرفى فيركز على تغيير الجوانب المعرفية والعقلية لدى المريض.

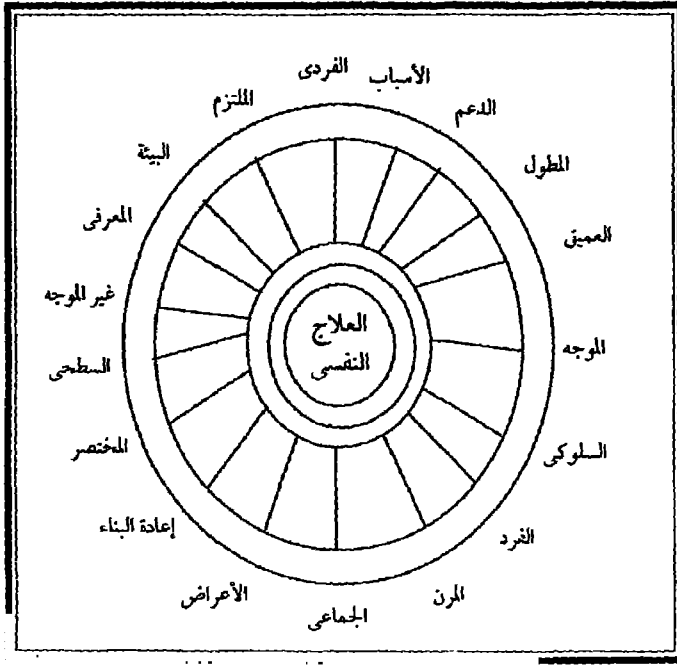
* **العلاج العميق، والعلاج السطحي:** العلاج العميق (أو التحليلي) يهدف إلى اكتشاف المواد المكبوتة لدى المريض وإظهارها حيث تتركز الصراعات حولها. أما العلاج السطحي، فيهدف إلى إعادة الثقة وطمأنة المريض ومساندته، دون الدخول إلى أعماقه وصراعاته.

* **العلاج الموجه، والعلاج غير الموجه:** العلاج الموجه يقوم فيه المعالج بدور فعّال ونشط في كشف صراعات المريض وتوجيهه نحو السلوك الموجب المخطط ليؤثر في الشخصية. أما العلاج غير الموجه، فيكون المعالج فيه أقل إيجابية، ويقتصر دوره على تهيئة المناخ العلاجي الذى تسوده المودة والتسامح حتى يشعر المريض بالأمن والتقبل فيخرج كل ما لديه من أفكار ومشاعر وأسرار خاصة دون خجل، ويكون المعالج كمرآة عاكسة لمشاعر واتجاهات المريض، وبذلك تنضح شخصيته ويزداد استبصاره.

* **علاج الفرد، وعلاج البيئة:** علاج الفرد يهتم أساساً بعلاج المريض ومساعدته لحل مشكلاته وتحقيق مستوى أفضل من التوافق النفسى، ولا يهتم بربط العلاج بمواقف حياة المريض أو بيئته الخارجية. أما علاج البيئة، فيتضمن إحداث تغييرات فى البيئة التى يعيش فيها المريض، ويدخل فى تخطيط علاجه أدوار كل من المعالجين وأفراد الأسرة والمخالطين.

* **العلاج المرن، والعلاج الملتزم:** العلاج المرن يتم فيه الاختيار بين طرق العلاج النفسى المختلفة بمرونة وانتقاء، أو توليف الطريقة المناسبة للحالة واستخدامها. أما العلاج الملتزم، فهو اتباع طريقة محددة من طرق العلاج النفسى، والالتزام بها، وعدم الحياد عنها (انظر شكل ١٨).

(عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٣، حامد زهران، ١٩٩٧).



شكل (١٨) أبعاد العلاج النفسي

الاختلافات بين طرق العلاج النفسي:

توجد اختلافات بين طرق العلاج النفسي، وذلك حسب النظرية التي تقوم على أساسها كل طريقة، والخلفية العلمية لكل معالج - ومن الاختلافات بين الطرق ما يلي:

- * الاختلاف بين مدارس العلاج النفسي: ويرجع هذا إلى اختلاف وجهات نظر أصحاب النظريات من حيث ثقافتهم ودراساتهم ودياناتهم.
- * اختلاف مفهوم العلاج النفسي وطبيعته: ويرجع ذلك إلى أن لكل مدرسة مفهوم خاص للعلاج في ضوء نظرية معينة.

- * **تعدد أبعاد العلاج :** ومنها الموجه وغير الموجه، والمطول والمختصر، والسطحي والعميق، والمرن والملتزم، والفردى والجماعى ... إلخ.
- * **اختلاف الخلفية العلمية والمهنية للمعالج:** حيث أن العملية العلاجية تعتمد على العلاقة المهنية بين المعالج النفسى والمريض، وتتأثر بالخلفية العلمية والمهنية للمعالج.
- * **اختلاف نوعية الاضطرابات النفسية:** فمشكلات الأطفال تختلف عن مشكلات المراهقين، وعن مشكلات المسنين، والمشكلات الشخصية تختلف عن المشكلات الزوجية والأمرية، والمشكلات السلوكية فى الحياة اليومية تختلف عن الأمراض العصبية. وتتطلب هذه المشكلات وتلك الأمراض طرقاً ووسائل مختلفة لحلها وعلاجها.

الفصل الحادى عشر

التحليل النفسى

PSYCHOANALYSIS

تعريفه:

التحليل النفسى نظرية سيكولوجية عن ديناميات الطبيعة الإنسانية وعن بناء الشخصية، وهو منهج بحث لدراسة السلوك الإنسانى. وهو أيضاً طريقة علاج فعالة يتم فيها كشف المواد المكبوتة فى اللاشعور من أحداث وخبرات وذكريات مؤلمة، وانفعالات شديدة وصراعات عنيفة سببت المرض أو الاضطراب النفسى، واستدراجها من أعماق اللاشعور إلى مجال الشعور، بهدف إحداث تغيير أساسى فى بناء الشخصية.

وهكذا يعتبر التحليل النفسى على المستوى العلمى مجموعة مترابطة من: النظرية والممارسة. ولما كان العلاج النفسى يشكل معالجة تتركز على علاقة شخصية ذات طرفين هما: المعالج والمريض، وأن التحليل النفسى يؤكد على أهمية العلاقة الدينامية بين المعالج والمريض، فالتحليل النفسى يعتبر علاجاً نفسياً دينامياً عميقاً.

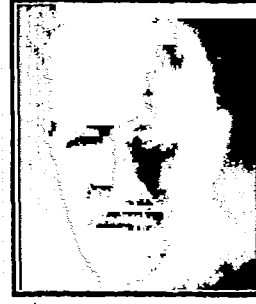
والتحليل النفسى هو أحد أنواع العلاج النفسى وليس هو كل العلاج النفسى، وليس العلاج النفسى مرادفاً للتحليل النفسى.

وهكذا يمكن تعريف التحليل النفسى بأنه عملية علاجية يتم فيها اكتشاف المواد المكبوتة فى اللاشعور، وهى فى جملتها خبرات مؤلمة، ودوافع متصارعة، وصراعات قوية، ويتم تحويلها من اللاشعور، إلى الشعور عن طريق التعبير اللفظى والتداعى الحر وتحليل الأحلام.

(فيصل عباس، ١٩٨٣).



شكل (٢٠) آنا فرويد



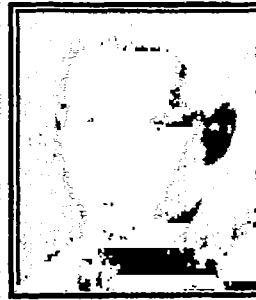
شكل (١٩) سيجموند فرويد



شكل (٢٢) ألفريد أدلر



شكل (٢١) كارل يونج



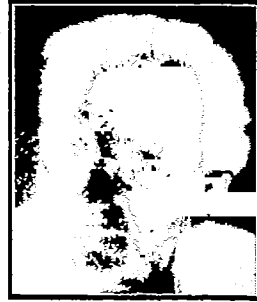
شكل (٢٤) أوتو رانك



شكل (٢٣) كارين هورني



شكل (٢٦) هارى ستاك



شكل (٢٥) كارل يونج

وهناك اتجاهان رئيسيان فى التحليل النفسى:

✳ التحليل النفسى الكلاسيكى : ورائده سيجموند فرويد Freud.

✳ التحليل النفسى الحديث: وله أكثر من رائد وهم الفرويديون الجدد
Neo- Freudians أمثال كارل يونج Jung ، أنا فرويد Anna Freud ،
ألفريد أدلر Adler ، كارين هورنى Horney، أوتو رانك Rank، إيريك
فروم Fromm، هارى ستاك سوليفان Sullivan.

وعلى الرغم من التكامل بين اتجاه التحليل النفس الكلاسيكى والتحليل
النفسى الحديث ، فإن بينهما اختلافات تظهر عند مقارنة آراء سجموند
فرويد رائد التحليل النفسى الكلاسيكى، ورواد التحليل النفسى الحديث
(انظر جدول ١).

جدول (١) مقارنة بين آراء التحليل النفسي الكلاسيكي

(سيجموند فرويد) والتحليل النفسي

الحديث (الفريديون الجدد)

| التحليل النفسي الحديث | التحليل النفسي الكلاسيكي |
|--|--|
| * من مفاهيمه الأساسية: العوامل الثقافية والنفسية والاجتماعية، وبنية الشخصية، والتكيف والخبرة الشعورية إلى جانب اللاشعورية. | * من مفاهيمه الأساسية الغرائز، والجنسية الطفلية، وعقدة أوديب (إليكترا)، والحنمية البيولوجية، والتركيز على العمليات اللاشعورية. |
| * تطبيقه علاجياً: مع المرضى متنوعى الاضطراب مثل مرضى اضطراب الشخصية والذهان. | * تطبيقه علاجياً: مع المرضى العصبيين الذين يتحملون المدة الطويلة لتحليل النفسي الكلاسيكي. |
| * عدد جلسات العلاج : ٢-٥ جلسات أسبوعياً. | * عدد جلسات العلاج: عادة ٤-٥ جلسات أسبوعياً. |
| * يستخدم سرير التحليل أو وجهها لوجه. | * يستخدم سرير العلاج. |
| * أهداف العلاج تؤكد الأداء الوظيفي الحالى إلى جانب إعادة بناء الشخصية. | * أهداف العلاج تؤكد إعادة بناء الشخصية. |
| * المحلل يكون أكثر نشاطاً وتوجيهاً. | * أسلوب العلاج يؤكد حياد المحلل. |
| * أسلوب العلاج يتنوع، وقد يستغنى عن التفسير مع التأكيد على تحليل التحويل. | * أسلوب العلاج يؤكد على فنيات التداعى الحر، والتفسير، وتحليل التحويل، وتحليل المقاومة. |

كذلك توجد فروق بين آراء سيجموند فرويد رائد التحليل النفسي الكلاسيكي، وآراء كل من رواد التحليل النفسي الحديث مثل ألفريد أدلر (على سبيل المثال) (انظر جدول ٢) (ستيفين لين، وجون جارسك Lynn & Garsk، ١٩٨٥).

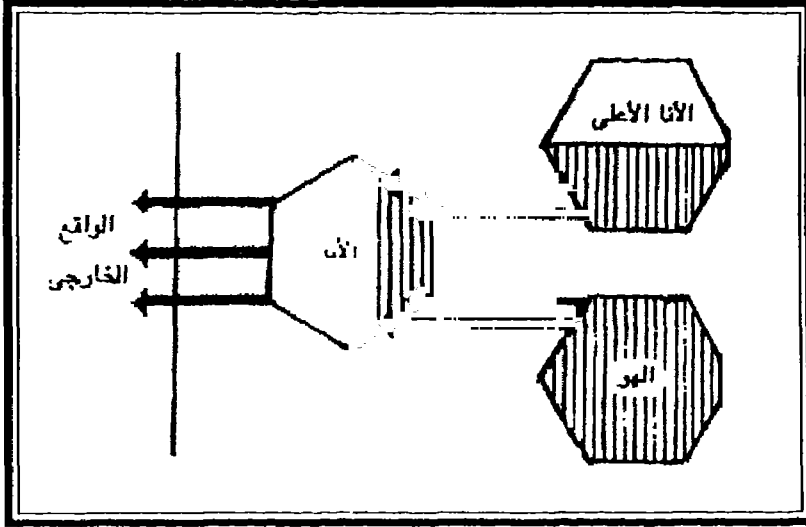
جدول (٢) مقارنة بين آراء سيجموند فرويد، وألفريد أدلر

| ألفريد أدلر | سيجموند فرويد |
|--|---|
| * الإنسان كائن اجتماعي. | * الإنسان كائن بيولوجي. |
| * الحاجات الاجتماعية هامة. | * الحاجات البيولوجية هامة. |
| * الميل إلى الانضمام إلى جماعة دافع هام. | * الغرائز والدوافع هامة. |
| * الانفعالات يمكن السيطرة عليها. | * الانفعالات لا يسيطر الفرد عليها. |
| * الجنس أقل أهمية. | * الجنس هام جداً. |
| * الشخصية تكوّن كلي لا ينقسم. | * الشخصية (الجهاز النفسي) يتكوّن من الأنا الأعلى والأنا والهو والغرائز. |
| * عقدة أوديب وعقدة إيكترال ليست بهذه العمومية. | * عقدة أوديب وعقدة إيكترال عالمية لدى الأطفال. |
| * العلاج مختصر ووجهاً لوجه. | * العلاج طويل الأمد، والعميل مستلق على السرير لا يرى المحلل. |

مفاهيم التحليل النفسي:

توجد بعض المفاهيم الخاصة بالتحليل النفسي أهمها:

- * **صدمة الميلاد** : وهى الصدمة التى يعيشها الفرد فى طفولته نتيجة انفصاله عن رحم أمه وخروجه منه إلى معاناة فى مراحل النمو المتتالية.
- * **عقدة النقص** : ويقصد بها وجود قصور عضوى أو اجتماعى أو اقتصادى يؤثر على الفرد نفسياً ويجعله يشعر بعدم الأمن والدونية.
- * **أسلوب الحياة** : وهو الأسلوب الذى ينمو مع الفرد تدريجياً والذى يدور حول التفوق وتحقيق الذات. ولكل فرد أسلوب خاص به فى أى منحنى من مناحى الحياة سواء العلمية أو الاجتماعية .
- * **الغائية** : وهى الهدف الأسمى والأساسى فى حياة الفرد.
- * **الإرادة** : وهى القوة المتكاملة للشخصية وقدرة الفرد على اتخاذ القرارات.
- * **الجهاز النفسى**: يتكون الجهاز النفسى عند سيجموند فرويد من عدة مكونات هي: (انظر شكل ٢٧).



شكل (٢٧) الجهاز النفسى

- **الهو** : Id وهو كل موروث، وهو منبع الطاقة النفسية، وهو طبيعة الإنسان الحيوانية (الدوافع الفطرية والجنسية والعدوانية) وهو جانب لا شعورى عميق.

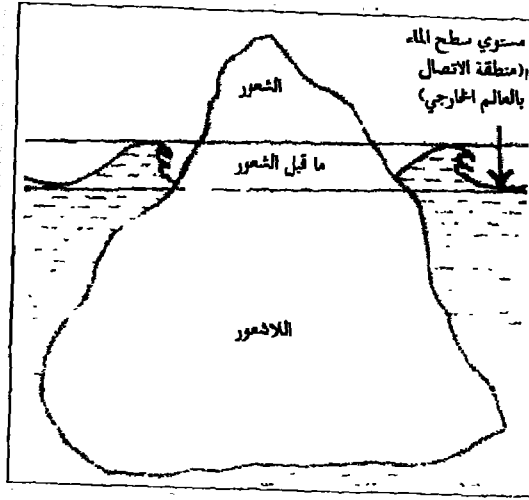
- **الأنا** : Ego وهو مركز للشعور والإدراك الحسى سواء الداخلى أو الخارجى، وهو الوسيط فى حل الصراع بين الهو وبين الأنا الأعلى .

- **الأنا الأعلى** : Super - Ego هو ذلك الجزء فى الشخصية الذى يتكون من : الدين والعادات والتقاليد والعرف والمعايير الاجتماعية والقيم والحلال والحرام والصواب والخطأ والجائز والممنوع، وهو لا شعورى ، وهو بمثابة الرقيب أو الضمير بالنسبة للفرد.

* **اللاشعور** : Unconscious تنقسم الحياة النفسية عند فرويد إلى ما هو شعورى (يعيه الفرد) وما هو لا شعورى (لا يعيه الفرد). وتوجد درجتان من اللاشعور وهما: ما قبل الشعور، ويتضمن ما هو كامن ولا شعورى ولكنه متاح الحصول عليه بالطرق العادية، ومن السهل استدعاؤه مثل الذكريات الشخصية للفرد. أما اللاشعور (العميق) فيتضمن الأمور أو الخبرات المكبوتة التى يتطلب إخراجها إلى الشعور جهداً تحليلياً خاصاً لما يحتويه من خبرات غير مرغوبة أو مؤلمة، ويظهر أحياناً فى الأحلام. (انظر شكل ٢٨).

* **الغرائز** : حدد فرويد غريزتين رئيسيتين هما غريزة الحياة ، وغريزة الموت. وركز تركيزاً خاصاً على الغريزة الجنسية إذ اعتبرها مصدراً رئيسياً من مصادر الأمراض النفسية فى حالة عدم إشباعها. وقد عدل فرويد مصطلح الغريزة الجنسية إلى لفظ الليبدو Libido أى الطاقة الجنسية. وتمر الغريزة الجنسية فى نموها فى مراحل على النحو التالى :

- **المرحلة الفموية** : وتكون فى العام الأول من حياة الفرد حيث يستمد الطفل اللذة عن طريق الفم.



شكل (٢٨) تصور التحليل النفسي للجهاز النفسي

- المرحلة الشرجية، وتستمر للعام الثاني من حياة الطفل حيث يكون قد تم فطامه، ويمر بعمليات التدريب على عادات النظافة وضبط الإخراج.
- المرحلة القضيبية: وتبدأ من العام الرابع حتى السادس حيث تصبح أعضاء التناسل منطقة مولدة للذة.
- مرحلة الكمون: وتبدأ من العام السادس وتستمر حتى بداية المراهقة.
- المرحلة التناسلية: وتبدأ مع بداية البلوغ الجنسي وإمكان التزاوج والتناسل بين الجنسين.

المرض من منظور التحليل النفسي:

الصراع: Conflict وهو مفهوم أساسي في التحليل النفسي، ويتطلب من الفرد القدرة على حله والتوفيق بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى عن طريق مسابته للدين وللمعايير الاجتماعية والعادات والتقاليد، وهذا بدوره يؤدي - في حالة الإخفاق - إلى ظهور بعض الأمراض مثل العصاب والقلق.

العصاب: Neurosis يعرف العصاب بأنه: حل مرضي للصراع

الأوديبي يصل إليه الأنا الذي يستخدم الدفاعات ضد القلق والذنب الناتجان عن التوتر بين الأنا والهو ، أو الأنا الأعلى والهو ، أو الأنا الأعلى والأنا. ويقول فرويد إن العصاب يرجع إلى عوامل حيوية ، وأن القلق مركز العصاب ومحوره، وأن عقدة أوديب هي نواته ومنشؤه.

القلق: Anxiety يقول فرويد إنه توجد علاقة وثيقة بين القلق والكبت الجنسي ، وبين الحرمان والتهديد بالخصاء الذي يثير القلق في المرحلة القضيبية.

الذهان: Psychosis اعتبر فرويد الذهان الصورة الخطيرة في اضطراب سلوك الإنسان حيث تظهر تغيرات في إدراك الواقع والانفصال عنه، وقد اعتبر الذهان دفاعاً يقوم به الفرد ضد إحباط أوقعه الواقع فيه، ويعتبر النكوص، والتثبيت في الذهان أشد وأعمق منه في العصاب.

فنيات التحليل النفسي؛

للتحليل النفسي فنيات عديدة منها:

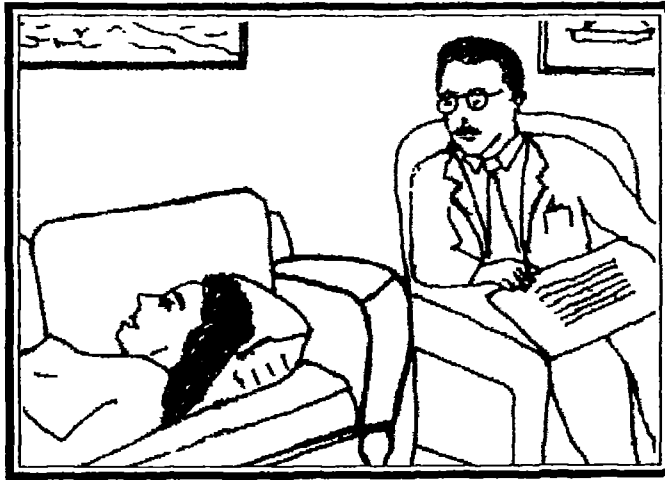
البداية:

يعطى للمريض بعض المعلومات الأساسية عن عملية التحليل مثل الجلسات والوقت ووسائل التحليل وأهدافه ، ومدة الجلسات (عادة ٤٥ دقيقة لكل جلسة) ، وعدد الجلسات (حوالي جلسة واحدة إلى ثلاث جلسات في الأسبوع). ويعرف المريض أن التحليل النفسي يستغرق وقتاً طويلاً قد يصل إلى أكثر من عامين، لأن اضطراب التركيب النفسي الذي ظل ثابتاً طوال بضع سنوات لا يحتمل أن يتم شفاؤه بسرعة في بضع جلسات.

وترتبط الصورة الكلاسيكية للتحليل النفسي باستخدام سرير التحليل. ويطلب من المريض الاستلقاء عليه بعيداً عن المؤثرات الخارجية. ويجلس

المعالج خلفه وبعيداً عن أنظاره حتى لا يتأثر المريض بتعبيرات وجهه. (انظر شكل ٢٩).

أما الفرويديون الجدد أمثال كارين هورنى وهارى ستاك سوليفان، فهما أكثر مرونة حيث يبيحون التحليل وجهاً لوجه ، وهذا يفيد المريض الذى يود أن يلاحظ ردود فعل المعالج ، وخاصة أن المريض يتلمس موافقة المعالج ويريد أن يشعر أنه قريب منه.



شكل (٢٩) التحليل النفسى

العلاقة العلاجية الدينامية:

يهتم التحليل النفسى بالعلاقة العلاجية الدينامية بين المعالج والمريض. ويهتم بمبدأ التقبل - أى تقبل المعالج للمريض. وفى العلاقة العلاجية ، يجب أن تكون اتجاهات المحلل النفسى متناسبة مع اتجاهات المريض، وألا يركز المحلل تركيزاً زائداً على كل شىء، وألا يوجه نقداً إلى المريض، ولا يقوم بدور الرقيب. ويرى فرويد أن على المحلل النفسى أن يضع مشاعره

جانبا وأن يهتم بإجراء عملية التحليل بأقصى قدر ممكن من المهارة. ويرى سوليفان أن صفة الذكاء وسرعة البديهة والمرح تعطي دفعة قوية في عملية التحليل نحو النجاح.

ويتمثل الهدف العام من العلاج في تكوين علاقات اجتماعية سليمة، ومساعدة المريض على تحقيق ذاته، وتكوين علاقات طيبة ومرنة مع الآخرين، وقدرته على الاستقلال الذاتي، والعمل الإيجابي وتحمل المسؤولية.

وجدير بالذكر أن الوظيفة الأساسية للمحلل النفسي هي تهيئة الأمن النفسي هي تهيئة الأمن النفسى الذى ييسر استكشاف شخصية المريض. (تيموثى رايت Wright ، ١٩٩٦).

التداعى الحر: Free Association

وهو أن يطلب من المريض أن يطلق العنان لأفكاره وخواطره واتجاهاته وصراعاته ومشاعره تلقائيا دون توجيه من المعالج، ودون قيد أو شرط، سواء كانت هامة أو تافهة وحتى إذا كانت محرجة أو مخجلة، مع ملاحظة الانفعالات والحركات التى قد يقوم بها المريض أثناء عملية التداعى، والاهتمام بزلات اللسان وهفوات القلم.

التنفيس الانفعالى: Catharsis

وهو تشجيع المريض على تذكر الخبرات الأليمة والصدمات والإجباطات والحوادث الماضية واسترجاع ما قد مر به من الذكريات والصراعات الانفعالية، حتى يتخلص من الشحنات الانفعالية الضارة.

تحليل التحويل: Transference Analysis

ويعرف أيضا باسم «الطرح». وهو تحويل المشاعر والانفعالات التى يكنها المريض فى واقع الحياة لشخص أو لأشخاص آخرين، ويسقطها أو يطررها على المحلل. والتحويل يعكس عناصر من المرض النفسى.

ويوجد أنواع من التحويل هي:

✱ **التحويل الإيجابي:** وهو استبدال العلاقة العلاجية بعلاقة عاطفية موجبة نحو المعالج.

✱ **التحويل السلبي:** وهو عبارة عن علاقة عدوانية أو رافضة يحولها المريض تجاه المعالج.

✱ **التحويل المختلط:** وهو يجمع بين التحويل الموجب والتحويل السالب، وذلك حسب حالة المريض الانفعالية.

ومن الضروري «تحليل التحويل» أي تحرير المريض من التحويل بأن يفسره المعالج له ويبين له سببه وأن يسيطر عليه.

(مورجان ومورجان Morgan & Morgan، ١٩٨٤).

يؤكد لافيرن زيغينفوس Ziegenfuss (١٩٩٦) على أهمية تحليل التحويل من خلال التفاعل العلاجي الانفعالي بين المحلل والمريض.

تحليل المقاومة: Resistance Analysis

المقاومة هي استخدام المريض للدفاعات في عملية العلاج النفسي مما يؤثر على سير عملية التحليل.

ووظيفة المقاومة هي حماية الشخص لنفسه من مواجهة الخبرات المؤلمة ومشاعر الذنب والقلق وبعض الخبرات الموجودة في مفهوم الذات الخاص التي غالباً ما تكون خبرات شخصية أليمة ومحرجة ومنجولة.

والمقاومة سلوك سلبي تجاه عملية العلاج أو رغبة مرضية في المعاناة واستدرار عطف الآخرين. ومن مظاهر المقاومة الامتناع أو الصمت أو عدم الحضور للعلاج.

وهكذا فإن المقاومة تعوق سير عملية التحليل وتعرقلها، وتعتبر قوة مضادة للعلاج. ويلاحظ أن المواد أو الخبرات المؤلمة والأفكار والرغبات والصددمات الانفعالية التي تعترض المقاومة لها دلالة خاصة وارتباط قوى بمشكلات المريض الأساسية.

ويقوم المحلل بتحليل المقاومة، أى مقاومة مقاومة المريض بكسر حداثها وإضعافها والقضاء عليها ولقت نظر المريض إليها وتفسيرها وتحويلها إلى تعاون.

تفسير الأحلام: Dream Interpretation

يقول سيجموند فرويد إن الحلم هو الطريق السلطاني إلى اللاشعور، ويقول أيضا إن الحلم هو حارس النوم. فالأنا النائم شديد الرغبة فى الإبقاء على النوم وحمائته من الإزعاج. وقد ميز فرويد بين المضمون الصريح والمضمون الكامن للحلم. فالمضمون الصريح أو المحتوى الظاهري للحلم هو ما يرويه الشخص (ويرتبط عادة بذكرىات يوم الحلم وبالخبرات السابقة وعادة ما يكون سارا). أما المضمون الكامن أو المحتوى الباطنى للحلم فهو ما يحاول المعالج أن يصل إليه أثناء عملية التحليل النفسى، وعادة ما يكون مؤلما ومشوشا وغير مفهوم ولا معنى له أو مناقضا للواقع.

ويطلق على العملية التى تحول المحتوى الباطنى المؤلم إلى محتوى ظاهري سار «عملية إخراج الحلم». إن الحلم الذى يرويه الفرد بعد اليقظة ليس هو الحلم الحقيقى. ولكن إخراج الحلم يتضمن إضافة المحتوى الظاهري إلى المحتوى الحقيقى مع حذف أو تحريف المحتوى الباطنى. ومن وسائل إخراج الحلم ما يلي:

• التكتيف: أى تكوين وحدات جديدة من عناصر منفصلة بعضها عن بعض.

• الحذف: أى حذف بعض العناصر المعيبة.

• الإدماج: أى إدماج العناصر المتشابهة معا فى بعض الصفات.

• النقل: أى نقل السمات الانفعالية من شخص لآخر، أو نقل التأكيد من عناصر مختلفة.

• الإخراج المسرحى: أى تحويل الأفكار إلى صور ذهنية بصرية كما لو كانت فيلما متحركا.

• **التعبير الرمزي:** أى ظهور الموضوعات والمواقف فى صور رمزية لانسبب الانفعال والألم الشديد.

• **الصياغة الثانوية:** وهى إعادة تنظيم أجزاء الحلم وتحريفه وإضافة وحذف بعض العناصر، وذلك لسد ما به من ثغرات، حتى يكون الحلم مقبولا ومنطقيا.

هذا ولأقطاب مدرسة التحليل النفسى إضافات على ما سبق. فىرى كارل يونج الحلم على أنه تعبير لا إرادى لعملية نفسية تخضع لضبط الشعور، وتعبّر عن الحالة الذاتية للمريض فى واقعه. وتتبع يونج فى تحليله للحلم مستويين أولهما مستوى الموضوع وثانيهما مستوى الشخص. وترى كارين هورنى أن الأحلام تزيد البصيرة حول الحالة وتكشف عن اتجاهات المريض نحو من حوله، وتهتم بالحلم أيضا من حيث هو منظم أو غير منظم، مختصر أم مفصل، ثابت أم متحرك، نادر أم مكرر. وهى أيضا تستشف من الحلم اتجاهات وصراعات وحلول وعلاقات المريض بالآخرين. ويؤكد إيريك فروم أن الأحلام تعكس العناصر المعقولة وغير المعقولة من الشخصية.

ويعتبر تحليل الحلم وسيلة مساعدة فى عملية التداعى الحر، حيث يستخدم المعالج المواد التى وردت فى الحلم وسيلة لاستدعاء نقاط قد تكون غامضة فى حياة المريض.

ويحاول المحلل النفسى أن يدرك معنى الحلم فى سياق العملية العلاجية ونسبته إلى معايير الموقف العلاجى والحالة الجسمية، والحاضر والطفولة والمطامح والآمال.

وبعد ذلك تأتى عملية تفسير الحلم نتيجة تكامل المعلومات والخبرات التى جمعها المحلل. وقد تظهر بعض المشكلات التى قد تساعد فى ظهور بعض الجوانب الغامضة من حياة المريض.

التعلم واكتساب العادات:

التعلم واكتساب العادات خطوة هامة وضرورية فى التحليل النفسى.

ويرى علماء التحليل النفسى الكلاسيكى والحديث أن التحليل عبارة عن إعادة تعلم وتوجيه وإعادة تربية وتعلم للخبرات السلوكية الجديدة، وتنظيم الأنماط السلوكية واكتساب العادات السليمة الواقعية التوافقية.

دور المحلل النفسى:

يراقب المحلل النفسى مريضه لفترة طويلة ويستمع إليه ويناقشه فى أحداث ماضيه وحاضره وحياته وأحلامه حتى يكشف المشكلات اللاشعورية الخفية لديه، وتظهر على السطح ويتعامل معها فى الحاضر. ويقوم المحلل النفسى بدور المراقب والمصنئ والفاهم. وعليه أن يعرف كيف ومتى يصمت ومتى يتكلم ومتى يعطى التفسير الملائم، فهو بمثابة مرآة تعكس ما يوضع أمامها. وللخبرة والتجربة فى التحليل النفسى تأثير كبير فى تدعيم فكر المحلل. فمن الضرورى أن يقوم المحلل النفسى بتجربة تحليل طويل ومتعمق قبل ممارسة التحليل. ويقول فرويد بضرورة خضوع المحلل النفسى لتجربة التحليل النفسى قبل قيامه بالممارسة الفعلية حتى يستطيع أن يحتفظ باستقلالته وحكمه الموضوعى. (فيصل عباس، ١٩٨٣).

ويستمر التحليل النفسى من خلال فنياته، حتى تتكشف عناصر حياة المريض النفسية وصراعاته اللاشعورية ويتم فهم حالته ونشأة مرضه وتطوره، ومعرفة ما ترمى إليه الأعراض بصورتها الرمزية، ومعرفة حلقة الوصل بين الأسباب والأعراض. وإذا ما انكشفت للمريض تلك الصفحة المطوية من حياته النفسية زاد استبصاره وأعاد تركيب خبراته فى ضوء واقعه وحاضره وتحسنت حالته وتم شفاؤه.

استخدامات التحليل النفسى:

يستخدم التحليل النفسى فى علاج بعض الأمراض، بينما يمنع استخدامه فى علاج أمراض أخرى. فهو يستخدم فى حالات العصاب مثل

الوساوس، والهستيريا، والانحرافات الجنسية، والمخاوف، والقلق. ولايستخدم التحليل النفسى فى حالات الذهان مثل ذهان الهوس والاكتئاب، والسيكوباتية. ولا يستخدم التحليل النفسى كذلك فى حالات الضعف العقلى، وذهان الشيخوخة.

مزايا التحليل النفسى؛

يهتم التحليل النفسى بمعالجة الأسباب، ولذلك فهو علاج عميق وثابت. وهو يكشف عن الجوانب اللاشعورية فى الشخصية مما يساعد على النمو الحقيقى للشخص ويعيد الثقة له، ويؤدى إلى تكامل شخصيته وترابطها بدلا من صورتها المرضية المفككة.

عيوب التحليل النفسى؛

من عيوب التحليل النفسى، طول مدة العلاج وارتفاع تكاليفه، وانقسام رواه إلى ما هو كلاسيكى وما هو حديث. ولا بد من تحليل المعالج قبل أن يمارس التحليل النفسى، وهو يحتاج إلى تدريب عملى طويل وخبرة واسعة.

الفصل الثانى عشر

العلاج السلوكى

BEHAVIOUR THERAPY

تعريف العلاج السلوكى:

العلاج السلوكى أسلوب علاجى يعتمد على استخدام قوانين ونظريات التعلم الشرطى، حيث تتم محاولة حل مشكلات واضطرابات السلوك عن طريق تعديل السلوك المرضى للمريض. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٤).

والمرض النفسى من وجهة نظر المدرسة السلوكية ما هو إلا تجميعات لعادات وسلوك خاطئ مكتسب من البيئة المريضة التى يعيش فيها المريض. وحيث أن هذا السلوك المرضى قد اكتسبه المريض وليس أصلا فيه، فإنه من الميسور محو هذا السلوك الخاطئ وتعلم السلوك السوى من جديد.

الأسس النظرية للعلاج السلوكى:

يرتكز العلاج السلوكى على الإطار النظرى الذى وضعه إيفان بافلوف Pavlov، وجون واطسون Watson وغيرهما فى التعلم الشرطى. ويستفيد العلاج السلوكى من نظريات إدوارد ثورنديك Thorndike، وكلاارك هل Hull، وبوروس سكينر Skinner فى التعزيز وتقرير نتائج التعلم مع استخدام التعزيز الموجب أو السالب أو الثواب أو العقاب.

ويتمى العلاج السلوكى إلى النظرية السلوكية فى الشخصية التى تقول إن الفرد فى نموه يكتسب السلوك (السوى أو المرضى) عن طريق عملية التعلم.



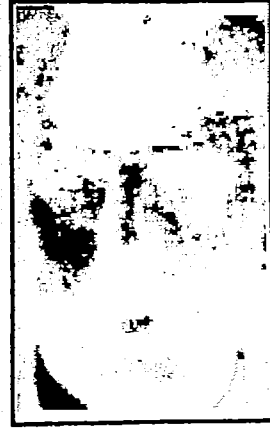
شكل (٣١) جون واطسون



شكل (٣٠) إيفان بانلوف



شكل (٣٣) كلارك هل



شكل (٣٢) إدوارد ثورنديك

ومن أهم نظريات التعلم التي يركز عليها العلاج السلوكي «نظرية التعلم الشرطي»، ومن مفاهيمها ما يلي:

* الإشراف الكلاسيكي: وفيه يكون تتابع الأحداث مرتبا بحيث يكون



شكل (٣٤) بوروس سكينر

المثير مقترنا أو سابقا للمثير غير الشرطي الذي يستثير عادة الاستجابة غير الشرطية. وكتيجة لهذا الاقتران الشرطي يكتسب المثير الشرطي الطاقة على استثارة استجابة شرطية تشبه الاستجابة غير الشرطية. ومن أمثلة التجارب الكلاسيكية تجارب إيفان بافلوف في التعلم الشرطي على الكلاب، وتجارب جون واطسون Jones ومارى جونز على الطفل ألبرت والأرنب فى علاج حالات الخوف، والتي توصلوا من خلالها

إلى مبادئ هامة ومفيدة فى العلاج السلوكي، منها أن التعلم الشرطي يفسر مخاوفنا الشاذة، وأن هذه المخاوف يمكن أن تنتقل وتعمم، وأن عملية الإشرط يمكن أن تستخدم للتخلص من الخوف المكتسب المتعلم. ونجحت مارى جونز فى استخدام الإشرط المباشر، وهو ربط موضوع الخوف بمثير يستثير استجابة سارة مثل الحلوى.

✱ **الإشرط الجهازي:** وهو الذى تستخدم فيه الأجهزة، ويهتم بالتركيز على تعزيز الاستجابة حيث يضبط سلوك الفرد (حدوث أو عدم حدوث المثيرات) التى تعرف باسم المعززات الموجبة أو المعززات السالبة. وفى الإشرط الجهازي تبرز أربع عمليات إشرط تمثل ترتيبا مناسباً لتصنيف العملية المتضمنة فى تكوين السلوك المنحرف والطريقة المستخدمة فى تعديله، وهى: الثواب، والتجنب، والحذف، والعقاب. ويعتمد التصنيف على ما إذا كان سلوك الفرد يؤدي إلى تعزيز موجب أو يتجنب تعزيزا سالبا.

ويتلخص الإطار النظرى للعلاج السلوكي فيما يلى:

✱ معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب، والسلوك المضطرب (سواء كان عصابيا أو ذهانيا) متعلم ومكتسب.

- * السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبادئ عن السلوك العادي المتعلم، إلا أن السلوك المضطرب غير ملائم أو غير متوافق.
- * يكتسب السلوك المضطرب نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه، ومن ثم يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.
- * تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة قليلة أو كثيرة من السلوك الكلي للفرد، وهذا يعتمد على دوام وشدة الخبرات التي تؤدي إليه.
- * ينظر إلى زملة الأعراض النفسية كتجميع لعادات خاطئة متعلمة.
- * يمكن تعديل السلوك المتعلم.
- * يوجد لدى الفرد دوافع فسيولوجية أولية هي الأصل والأساس في سلوكه، وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة ثانوية اجتماعية في جملتها تمثل أهم حاجاته النفسية، وقد يكون تعلم هذه الدوافع غير سوى ويرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها، ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقاً، ويتم ذلك عن طريق العلاج السلوكي.

خطوات العلاج السلوكي:

- تسير خطوات العلاج السلوكي على النحو التالي:
- * تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: ويتم ذلك في المقابلة العلاجية وباستخدام الاختبارات النفسية والتقارير الذاتية، وذلك للوصول إلى تحديد دقيق للسلوك المضطرب الظاهر الذي يلاحظ موضوعياً.
- * تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب: عن طريق الفحص والبحث والتشخيص في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث، وما يتلوها من عواقب.

* **تحديد العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب:** ويتم ذلك بتقدير ما إذا كان سلوك المريض يظهر أنه نتيجة لخوف شرطى بسيط، أو كان يعكس خوفا أساسيا معمما يحدث مواقف مشابهة ولكنها مختلفة. وهذا التحليل يركز على البحث عن الظروف الخارجية السابقة واللاحقة التي تحدد وتوجه السلوك المضطرب.

* **اختيار الظروف التي يمكن أن تعدل أو تغير:** ويتم ذلك باختيار الظروف التي يمكن تعديلها خلال عملية العلاج.

* **إعداد جدول لإعادة التدريب:** وذلك عن طريق تخطيط خبرات متدرجة يتم فيها إعادة التدريب، ويتم خلالها تعريف سلوك المريض بنظام وتدرج للظروف المعدلة، بحيث يتم إنجاز البسيط والقريب قبل المعقد والبعيد، والسهل والممكن قبل الصعب والمستحيل.

* **تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب:** ويتضمن ذلك تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي تحدث فيها.

* **تعديل الظروف البيئية:** وتوجه الجهود نحو تقليل احتمال حدوث السلوك لأنه غير مرغوب أو غير متوافق أو شاذ. ويكون التركيز على تعديل العلاقات المتبادلة بين الاستجابات ونتائجها التي تؤدي إليها، بهدف زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب في الظروف التي لا يتكرر فيها أو يكون فيها غائبا.

* **إنهاء العلاج:** وذلك عندما يصل سلوك المريض إلى السلوك المعدل المرغوب.

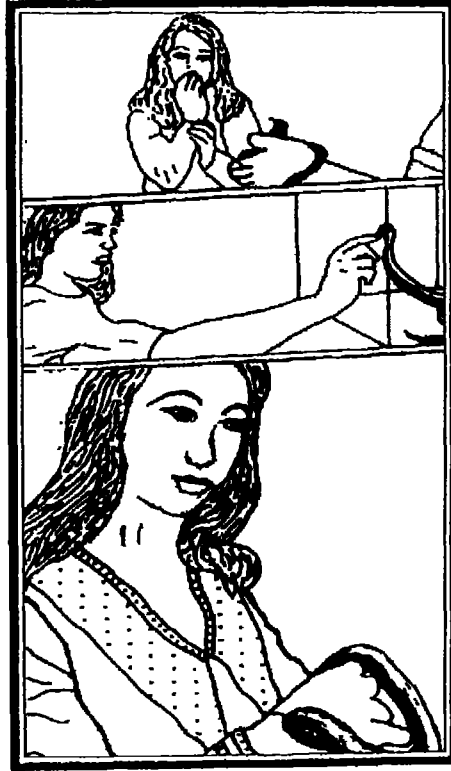
أساليب العلاج السلوكي:

تعدد أساليب العلاج السلوكي، ومن أهمها مايلي:

التحصين التدريجي : Systematic Desensitization

يعتبر التحصين التدريجي أسلوباً من أساليب العلاج السلوكي الرئيسية، ويتم في الحالات التي يكون فيها سلوك مثل الخوف قد اكتسب مرتبطاً بشئ معين أو حادثة معينة، فتستخدم طريقة التعويد التدريجي المنتظم.

ويتم التعرف على المثيرات التي تستثير استجابات شاذة، ثم يعرض المريض بالتدريج لهذه المثيرات المحدثنة للخوف في ظروف يشعر فيها بأقل درجة من الخوف، وهو في حالة استرخاء بحيث لا تنتج الاستجابة الشاذة ويستمر التعرض على مستوى متدرج في الشدة. فمثلاً في حالة الخوف من حيوان، يكتب عنه المريض، ثم يرسمه، ثم يلعب بنموذج مصنوع من المطاط، ثم يتعرض له حياً عن قرب، ثم يلعب معه في نهاية العلاج إن أمكن. (انظر شكل ٣٥).



شكل (٣٥) التحصين التدريجي

وقد نجح أسلوب التحصين التدريجي في علاج حالات الخوف والعتة (الضعف الجنسي) وخوف الجنس.

ويستخدم البعض أجهزة للتحصين التدريجي الآلي حيث تستخدم شرائط تسجل عليها تعليمات استرخاء وشرح عند سماع أو رؤية فقرات الخوف المتدرجة في الشدة، تنتقل آليا من فقرة إلى أخرى بعد حدوث الاسترخاء حتى يتم الوصول إلى تعديل سلوك الخوف وزواله. ومن أمثلة هذه الأجهزة، جهاز التحصين التدريجي الآلي الذي ابتكره لانج. (حامد زهران، ١٩٩٧).

النموذج العملي: Modeling



شكل (٣٦) ألبرت باندورا

ابتكر ألبرت باندور Bandura النموذج العملي لعلاج الخوف (وخاصة خواف الثعابين) عن طريق عرض نموذج عملي حي (من جانب المعالج) والمشاركة بالتدريج من جانب المريض حتى يزول الخوف بالتدريج. وقد استخدم باندورا أشكالا للنموذج العملي منها:

- * استخدام لعب ودمى تمثل مصدر الخوف.
- * مشاهدة أفلام لأطفال وكبار يلعبون بالثعابين.
- * عرض نموذج عملي حي، حيث يشاهد المريض المعالج من خلال حاجز رؤية من جانب واحد وهو يداعب ثعبانا، يلي ذلك مشاهدة مباشرة متدرجة حتى يستطيع المريض لمس الثعبان فعلا بعد عدة جلسات.

الغمر: Flooding

هذا الأسلوب هو عكس أسلوب التحصين التدريجي، وفيه يتم تقديم المثير (مثير الخوف مثلا)، أو يتم وضع المريض أمام الأمر الواقع في الخبرة دفعة واحدة على الطبيعة.

وحيث أن أسلوب الغمر يثير التوتر، ويرفع مستوى القلق عند المريض أول الأمر، فقد يستعان بالعلاج الطبي بالعقاقير مثل المهدئات. ويقوم المعالج بالمساندة الانفعالية حتى يزول التوتر أو ينطفيء.

ويستخدم أسلوب الغمر في علاج المخاوف المرضية بصفة خاصة مثل خوفاً الأماكن المتسعة والضيقة... إلخ.

(ستيفن لين وجون جارسك Lynn & Garske، ١٩٨٥).

الإشراف التجنبي: Avoidance Conditioning

يهدف المعالج في هذا الأسلوب إلى تعديل سلوك المريض من الإقدام إلى الإحجام والتجنب.

ويستخدم الإشراف التجنبي في علاج الانحرافات الجنسية والكحولية بصفة خاصة. ففي علاج الكحولية مثلاً تستخدم مثيرات منفرة مثل العقاقير المقيئة (المثير غير الشرطي)، حيث ترتبط بانتظام وتكرار مع المثير الموقفي وهو الخمر (المثير الشرطي)، الذي يستثير الاستجابة غير المطلوبة. وعندما يكتسب المثير الشرطي خصائص التنفير وينتج عنه الغثيان أو القيء (الاستجابة الشرطية) يكون قد ثبت الإشراف التجنبي حيث تزداد قوة الارتباط بين المثير والشغور غير السار. وهكذا يتجنب المريض تعاطي الكحول (سبب اللذة والمتعة) ويتعلم استجابة جديدة وارتباطاً جديداً، لأن تعاطي الكحول أصبح يؤدي إلى الشعور بالألم والضيق.

ويتوقف نجاح الإشراف التجنبي على شخصية المريض، وقابليته للإشراف، وطبيعة المثير غير الشرطي، وتتابع الأحداث في عملية الإشراف. (محمد عودة وكمال مرسى، ١٩٨٤).

التعزيز الموجب (الثواب): Positive Reinforcement

هو إثابة الفرد على السلوك السوي مما يعززه ويدعمه ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف. ومن أشكاله: التعزيز المادي أو المعنوي،

ويؤدى إلى رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب. وكلما كان التعزيز قويا ومرغوبا، كلما أدى ذلك إلى سرعة تعديل وثبات السلوك من أجل الحصول عليه.

ومن العوامل التي تزيد من سرعة فاعلية التعزيز الموجب: الرغبة فى الشيء المستخدم فى التعزيز، والحاجة إليه، وسرعة تقديمه، وتقديمه بقدر معتدل.

ويستخدم التعزيز الموجب بنجاح فى علاج حالات مثل: فقد الشهية العصبى، وحالات فقدان الصوت الهستيرى، والخجل، والانطواء، والسلوك المضاد للمجتمع.

التعزيز السالب: Negative Reinforcement

يعمل المعالج فى هذا الأسلوب على زيادة ظهور الاستجابة المرغوبة بتعريض المريض لمثير غير سار مقدما ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة.

ويستخدم التعزيز السالب فى علاج حالات مثل: مص الأصابع، وقضم الأظافر.

ويلاحظ أن التعزيز السالب لا يستخدم كثيرا، لأن على المعالج أن يعرض المريض لخبرات مؤلمة إلى أن تظهر الاستجابة المرغوبة، وهذا قد يؤثر تأثيرا سلبا على إرادته فى الاستمرار فى عملية العلاج.

العقاب (الخبرة المنفرة): Punishment

يعرض المريض فى هذا الأسلوب لخبرة منفرة (عقاب علاجى) إذا قام بالسلوك غير المرغوب، وذلك لكفه ووقفه كلية.

ومن أشكال العقاب العلاجى ما هو معنوى وما هو مادى مثل الضرب أو الصدمة الكهربائية أو عقاب اجتماعى مثل الرفض أو العزل، أو فى شكل منع الإثابة، مما يسبب الألم والضيق وعدم الرضا لدى المريض، ويعوق ظهور السلوك غير المرغوب.

ويستخدم أسلوب العقاب في علاج اضطرابات الكلام، وعقال الكاتب والتدخين.

ولا يلجأ المعالجون إلى استخدام أسلوب العقاب في العلاج كثيرا على أساس أن استخدام أسلوب الكف القائم على العقاب لتجنب استجابة غير مرغوبة يعتبر أقل الأساليب فعالية في العلاج السلوكي، إذ المطلوب هو تعلم سلوك جديد مرغوب أكثر من مجرد كف سلوك غير مرغوب. فالعقاب المباشر يميل إلى إحداث كف وتوقف مؤقت للسلوك المعاقب، ويؤدي إيقاف العقاب إلى ظهور السلوك غير المرغوب مؤقتا. هذا بالإضافة إلى أن العقاب يمكن أن يؤدي إلى آثار غير مرغوبة مما يجعل السلوك العام للمريض أكثر اضطرابا لا أكثر توافقا، وقد يأتي برد فعل عكسي. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٨٣).

الثواب والعقاب: Reward and Punishment

يستخدم أسلوب الثواب والعقاب معا، وذلك بأن يثيب المعالج كل استجابة سليمة ومرغوبة، وأن يعاقب كل استجابة غير سليمة وغير مرغوبة. ويستخدم أسلوب الثواب والعقاب في علاج حالات مثل: اللزمات الحركية كتحريك الرقبة وهز الكتفين أو الأرجل والرشف والنحنحة، وذلك باستخدام الثواب لتعزيز السلوك المرغوب وهو عدم تكرار اللازمة، واستخدام العقاب عند القيام بها لكفها.

تدريب الإغفال (الانطفاء): Omission Training

هو إغفال وتجاهل السلوك المرضى وعدم التعليق عليه، وعدم تعرض المريض لأي نتائج على الإطلاق حتى ينطفئ ويختفي.

ويستخدم تدريب الإغفال في الحالات التي تكون فيها الاستجابة غير المرغوبة تحقق فائدة للمريض (إثابة) مثل: الاضطرابات النفسية الجسمية كالتهاب الجلد العصبي، والتقيؤ، ونوبات الغضب عند الأطفال، وحالات الصرع الهستيرى. (فيصل عباس، ١٩٨٣).

الإطفاء والتعزيز: Extinction & Reinforcement

يستخدم هذا الأسلوب المزدوج في علاج المشكلات السلوكية في الفصل مثلا، حيث يفغل المعلم السلوك المشكل غير المرغوب إلى أن يظهر السلوك السوي المرغوب فيعززه ويشجعه. وهكذا ينطفئ السلوك المشكل ويعزز السلوك السوي، مما يؤدي إلى التقدم العلمي والاجتماعي.

الكف المتبادل: Reciprocal Inhibition

توجد بعض أنماط من الاستجابات تكون متنافرة وغير متجانسة مع بعضها البعض مثل: الخوف والجنس، والاسترخاء والضييق.

ويهدف أسلوب الكف المتبادل إلى كف كل من نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما وإحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير التوافقية.

ومن أشيع استخدامات أسلوب الكف المتبادل: حالات التبول اللاإرادي. ففي هذه الحالة يفشل الطفل في اكتساب عادة الاستيقاظ في الوقت المناسب والذهاب إلى دورة المياه، ويظل نائما، ويتبول وهو نائم على فراشه. والمطلوب هو كف النوم (أي الاستيقاظ والتبول)، وكف التبول (باكتساب عادة الاستيقاظ)، أي أن كف النوم يكف التبول، وكف التبول يكف النوم بالتبادل. وهنا يكون المطلوب تهيئة الظروف بحيث يحدث تعلم هذا النمط السلوكي.

وقد استخدم فولب Wolpe هذا الأسلوب في علاج التبول اللاإرادي الذي يرجع إلى أسباب نفسية، وليس إلى أسباب عضوية. وتستخدم بعض العقاقير لزيادة سرعة الإشراف مع استخدام جهاز علاج البوال.

الممارسة السالبة: Negative Practice

هي تكرار السلوك غير المرغوب وممارسته حتى يصل إلى درجة التشبع، وعندها لا يستطيع الفرد ممارسته. ومعروف أن تكرار الاستجابة ينتج عنه نتائج سالبة مثل التعب والملل، مما يقلل احتمال تكرار هذا السلوك.

ويستخدم أسلوب الممارسة السالبة في علاج حالات مثل: اللزمات الحركية، وقضم الأظافر، ومص الأصابع، والاستمنا، وجرش الأسنان
ضبط النفس: Self Control

يعتبر أسلوب ضبط النفس استجابة نشطة من جانب المريض تتضمن التحكم في الموقف المشكل والتمكن من ضبط المثير. فمثلا يستخدم أسلوب ضبط النفس في علاج الكحولية لمن يريد الإقلاع عن تناول الخمر، وفي علاج السمينة لمن يريد إنقاص وزنه بضبط سلوك التغذية.

والمريض الذي يستخدم أسلوب ضبط النفس يكاد يكون هو المعالج. وهناك هدفان أساسيان لضبط النفس، هما: الإقلاع عن استجابة غير مرغوبة، وممارسة سلوك مرغوب.

ويقوم أسلوب ضبط النفس على أساس الإثابة والتعزيز المباشر قصير الأمد، أو غير المباشر طويل الأمد، الذي يدركه المريض ويتأكد منه.

ولقد قدم كانفر Kanfer نموذجا متعدد المراحل لأسلوب ضبط النفس مطبقا في علاج السمينة، وذلك على النحو التالي:

* إدراك أن نقص الوزن هدف طويل الأمد، بينما تغيير سلوك الغذاء وعادات الأكل هدف قصير الأمد.

* تحديد عدد مرات الأكل وكميته وسرعة تناوله وتعديل عادات الأكل المتبعة.

* التخلص من الأغذية غير المرغوبة خاصة الأطعمة الدسمة والجاهزة.

* التمهّل في الأكل.

* الأكل في مكان الأكل فقط (أى في غرفة الطعام).

* الأكل مع الآخرين لضبط عادات الأكل.

* تعزيز التحسن في سلوك التغذية.

- * تشجيع أنماط السلوك المساعدة كتأخير الوجبات والمشى والرياضة.
- * تشجيع قوة إرادة المريض عن طريق التعزيز الاجتماعي.
- (ستيفين لين وجون جارسك Lynn & Garske، ١٩٨٥).

مزايا العلاج السلوكي؛

- تتمثل أهم مزايا العلاج السلوكي فيما يلي:
- * يعتمد على الدراسات والبحوث التجريبية العملية القائمة في ضوء نظريات التعلم، والتي يمكن قياس صدقها تجريبيا.
- * يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.
- * يسعى إلى تحقيق أهداف إجرائية، حيث يلعب العمل دورا أهم من الكلام.
- * يتيح علاج أكبر عدد ممكن من المرضى من كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية.
- * يستطيع الآباء والمعلمون والأزواج - بعد تدريبهم - المساعدة في عملية العلاج.
- * يحقق أهدافه في وقت قصير لتركيزه على الأعراض والاستعانة بالأجهزة مما يوفر الوقت والجهد والمال.
- * أثبت نجاحا كبيرا في علاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال، وعلاج المشكلات النفسية حتى ولو كان المريض يعاني من مشكلات أخرى، وعلاج الأمراض العصبية، وحالات الاضطراب السلوكي.
- (فيصل عباس، ١٩٨٣، حامد زهران، ١٩٩٧).

عيوب العلاج السلوكي:

- تتمثل أهم عيوب العلاج السلوكي فيما يلي:
 - * تعقد السلوك البشري لدرجة يصعب معها في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها.
 - * يقوم على مبادئ علم النفس التجريبي ونقلها إلى المواقف العلاجية.
 - * يفسر جميع أنواع السلوك البشري والاضطرابات السلوكية على أساس النموذج السلوكي المبني على الإشراف.
 - * يركز على التخلص من الأعراض والوصف الكمي والموضوعي للتغيرات، ولا يعالج المصدر الرئيسي والحقيقي للاضطراب.
 - * يعالج السلوك الظاهر دون الرجوع إلى أسبابه.
 - * قد يكون الشفاء وقتيا وعابرا.
- (مورجان ومورجان Morgan & Morgan، ١٩٨٤).

الفصل الثالث عشر

العلاج النفسى الجماعى

GROUP PSYCHOTHERAPY

تعريف العلاج النفسى الجماعى:

العلاج النفسى الجماعى هو علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا فى جماعة علاجية صغيرة، ويستغل أثر الجماعة فى سلوك الأفراد من تفاعل وتأثير متبادل بينهم وبعض وبين المعالج بما يؤدى إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب. والعلاج النفسى الجماعى هو طريقة المستقبل.

أسس العلاج النفسى الجماعى:

يعتمد العلاج النفسى الجماعى على أسس نفسية واجتماعية تقتضى الاستعانة بالجماعة كوسط علاجى فى تصحيح السلوك الاجتماعى للمريض وتقويمه. ومن هذه الأسس ما يلى:

* حاجات الفرد النفسية والاجتماعية والتي لا بد من إشباعها فى إطار اجتماعى.

* المعايير والأدوار الاجتماعية التي تحدد سلوك الفرد وأدواره فى المجتمع.

* التوافق الاجتماعى كهدف للعلاج النفسى الاجتماعى يرتبط بالتوافق الشخصى وسعادة الفرد فى تفاعله الاجتماعى.

* العزلة الاجتماعية كسبب من أسباب المرض النفسى.

* أثر التفاعل الاجتماعى بين أفراد الجماعة وبين المعالج، واعتبار كل فرد فى الجماعة معالجا للآخر.

الجماعة العلاجية:

تضم الجماعة العلاجية ٥ - ٨ مرضى مع معالج أو اثنين، فى جلسة جماعية مدتها ساعة ونصف. والجماعة العلاجية قد تكون مغلقة فلا يدخلها أعضاء جدد، وقد تكون مفتوحة فإذا خرج منها أعضاء حل محلهم أعضاء جدد.

ويحسن تقارب المرضى فى المستوى التعليمى والطبقة الاجتماعية، ويجوز أن يكونوا من الجنسين.

ويتم اختيار المرضى بحيث تتوافر لديهم:

- * القدرة على التعبير عن الأفكار والمشاعر لفظيا.
- * القدرة على البوح أمام الجماعة والاستفادة من تفسيراتهم.
- أما عن المرضى الذين لايناسبهم العلاج النفسى الجماعى فهم:
- * الشخصية السيكوباتية، والشخصية النرجسية.
- * مرضى الذهان وخاصة الفصام والهذاء (البارانويا).
- * الذين يسعون دائما لجذب أنظار الآخرين.
- * الذين لديهم حساسية لتوترات واضطرابات الآخرين.

عملية العلاج النفسى الجماعى:

تتضمن عملية العلاج النفسى الجماعى ثلاث مراحل هى:

المرحلة الأولى: وتتضمن:

- * القلق والدفاعية وتأرجح المشاعر تجاه المعالج.
- * ظهور روح الجماعة.
- * نمو الثقة وتبادل الخبرات.
- * وضوح أنماط الأفراد.

المرحلة الثانية: وتتضمن:

* تفاعل كل فرد بإيجابية ومشاركة ورؤية نفسه في الآخرين واعترافه بالمشاعر المكبوتة.

* ظهور التنافس في الكشف عن المخاوف والقلق والصراعات.

* احتمال ظهور عمليات مضادة للعلاج مثل كبش الفداء والاعتماد على الدفاعات.

المرحلة الثالثة: وتتضمن:

* الاستفادة من خبرات الآخرين وتطبيقها على حالة الفرد.

* احتمال حاجة بعض الأفراد إلى علاج نفسي فردي مكمل.

(مورجان ومورجان Morgan & Morgan، ١٩٨٤).

أساليب العلاج النفسي الجماعي،

تتعدد أساليب العلاج النفسي الجماعي، ومنها ما يلي:

التمثيل النفسي المسرحي:

«السيكودراما» Psychodrama

التمثيل النفسي المسرحي: أو التمثيلية النفسية، عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي، والاستبصار الذاتي. ورائد هذا الأسلوب هو



شكل (٣٧) يعقوب مورينو

يعقوب مورينو Moreno الذي يرى أن أهم ما في التمثيل النفسي المسرحي هو حرية السلوك لدى الممثلين (المرضى) وتلقائيتهم حين يعبرون عن

اتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم وإحباطاتهم بما يؤدي فى النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعى السليم والتعلم من الخبرة الجماعية.

ويدور موضوع التمثيلية النفسية حول موضوعات مثل: خبرات المريض التى يخافها مثلا، أو حول مواقف هدفها التنفيس الانفعالى أو حل الصراع أو تحقيق التوافق النفسى وفهم الذات، والاتجاهات السالبة، والأفكار والمعتقدات الخرافية، والأحلام.

أما عن التأليف والإخراج والأداء، فيقوم المرضى بتأليف التمثيلية النفسية بأنفسهم، ويكون التأليف تلقائيا حسب الموقف. وقد يساعد المعالج فى التأليف. أما عن الحوار، فيترك للتلقائية وابتكار المرضى أثناء التمثيل.

وأما عن الأدوار التى يلعبها المرضى، فهى متعددة مثل: دور المريض فى الحياة اليومية، أو دور المعالج، أو شخص مهم كأحد الوالدين أو الإخوة أو المعلم أو الزوج أو الجار. ودور شخص معاكس مثل قيام المرؤوس بدور رئيسه أو الزوج بدور الزوجة. وتوزع الأدوار على المشاركين فى التمثيل لإظهار أنماط السلوك اللاواقفى حتى يمكن ضبطه.

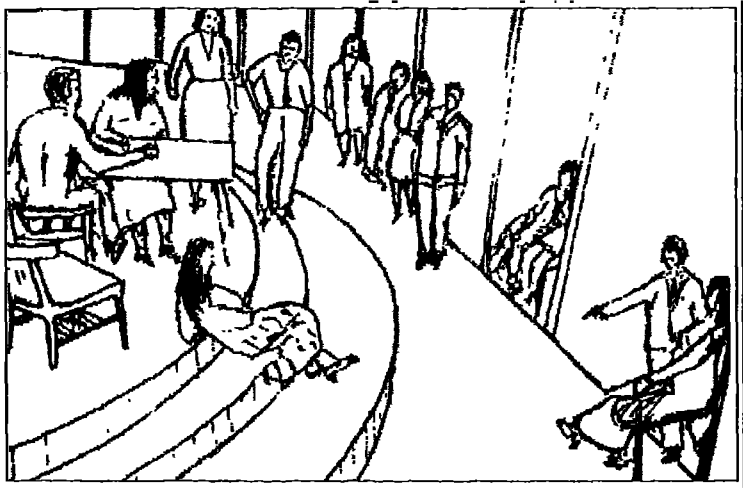
ويقوم بالإخراج أحد المرضى أو المعالج.

والممثلون هم المرضى أنفسهم، ويكون لأحدهم دور النطل الرئيسى، ويمثل باقى المرضى أدوار الأشخاص المهمين فى حياته. وقد يشترك المعالج وغيره من أفراد فريق العلاج فى التمثيل بغرض التوجيه والتفسير، ويجب إسناد الأدوار بحرص إلى المرضى بحيث تكون متدرجة فى العنف بما يضمن الاستمرار وعدم الانهيار.

ويحسن أن يختار كل عضو الدور الذى يرغب فى تمثيله. ويطلب من الممثلين الاندماج الكامل فى المشاهد وأن يكون سلوكهم معبرا عن أفكارهم الخاصة الحقيقية بتلقائية وحرية. ومن الملاحظ أن المرضى يسلكون سلوكا أقرب إلى الواقع منه إلى التمثيل.

والمتفرجون غالبا من أعضاء الجماعة العلاجية وأعضاء فريق العلاج.

وبعد التمثيل تبدأ مناقشة أحداث التمثيلية النفسية والتعليق عليها ونقدها واستعراض ما يمكن استنتاجه. ويشارك في المناقشة المعالج والمريض. وتعدد فوائد التمثيل النفسي المسرحي: فهو يكشف عن نواح هامة في مشكلات المرضى وشخصياتهم ودوافعهم وحاجاتهم ومشاعرهم وصراعاتها مما يفيد في عملية العلاج. ويفيد التمثيل النفسي المسرحي في التخلص من القلق والإحباط وحل الصراع في مواقف تشبه مواقف الحياة الواقعية. (انظر شكل ٣٨).



شكل (٣٨) العلاج النفسي المسرحي

التمثيل الاجتماعي المسرحي: «السوميودراما» Sociodrama

يعتبر التمثيل الاجتماعي المسرحي نوعاً للتمثيل النفسي المسرحي، ويطلق عليه أحياناً اسم «لعاب الأدوار». ويتناول المشكلات الاجتماعية والمجتمعية.

ومن أشهر أساليب التمثيل النفسي المسرحي والعلاج النفسي المسرحي

أسلوب قلب الأدوار، حيث يقوم أحد المرضى بدور المعلم مثلا ومعه مريض آخر يقوم بدور التلميذ، وبعد ما يتصاعد أداؤهما التلقائى ويندمجان يطلب المعالج منهما قلب الأدوار - أى يقوم المعلم بدور التلميذ والتلميذ بدور المعلم - للتعرف على درجة التصلب والمرونة، وذلك بجانب التعرف على واقع السلوك الانفعالى، ومشكلات المريض التى يمكن أن يعيشها فى الأدوار، واستجاباته التلقائية.

المحاضرات والمناقشات الجماعية:

من رواد استخدام أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية العلاجية ماكسويل جونز زنفوك . ويلعب فى هذا الأسلوب عنصر التعلم وإعادة التعلم دورا رئيسيا حيث يعتمد أساسا على إلقاء محاضرات سهلة على المرضى يتخللها ويليه مناقشات. ومن أهداف المحاضرات والمناقشات الجماعية تغيير الاتجاه لدى المرضى.

ويكون أعضاء الجماعة العلاجية عادة متجانسين من حيث نوع المشكلات أو الاضطرابات.

ومن أمثلة موضوعات المحاضرات والمناقشات: الصحة النفسية والمرضى النفسى، وأسباب وأعراض المشكلات والاضطرابات النفسية، ومشكلات التوافق النفسى. وقد يكون الموضوع مناقشة «حالة افتراضية» يطرحها المعالج، أو مناقشة بعض الأفكار الخرافية والمعتقدات الخاطئة.

أما المحاضرون، فأهمهم المعالج، أو بعض المتخصصين مثل الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين وعلماء الدين، أو بعض المرضى السابقين والذين استفادوا من هذا الأسلوب العلاجى.

وتستخدم الوسائل المعينة فى المحاضرات والمناقشات مثل الأفلام والكتيبات والنشرات.

وقد تضاف وسائل أخرى مثل استخدام الموديوالات مع شرائط الفيديو المناقشة الجماعية. (محمد حامد زهران، ١٩٩٩).

وفى بعض الأحيان تتم المزاوجة بين المناقشات والمحاضرات والترفيه والنشاط الفنى التلقائى حتى لا تأخذ العملية شكلا أكاديميا. وتكون المناقشة أثناء المحاضرة أو بعدها، ويديرها المعالج. ويستخدم أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية العلاجية على نطاق واسع فى الوقاية وخاصة فى المدارس والمؤسسات. (حامد زهران، ١٩٩٨).

العلاج الأسرى: Family Therapy

العلاج الأسرى أسلوب من أساليب العلاج النفسى الجماعى، يتناول أعضاء الأسرة كجماعة وليس كأفراد. وهو علاج يعمل على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعى، ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة كمجموعة على تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة (انظر شكل ٣٩).



شكل (٣٩) العلاج الأسرى

وهناك الكثير من نماذج العلاج الأسرى لتحسين النظام الأسرى ولرعاية

نمو الأولاد، وخاصة النمو الاجتماعى، لمساعدتهم بخصوص مشكلات مثل صعوبات التعلم وغيرها. وتركز هذه النماذج على تعليم الوالدين مهارات التوافق الزوجى والأسرى وإكسابهم مهارات التدخل لمساعدة الأولاد. (جويس بوتاش Pottash، ١٩٩٤).

ومن دواعى استخدام العلاج الأسرى ما يلى:

* اضطراب العلاقات الأسرية، وتبادل الاتهامات والإسقاطات.

* اضطراب العلاقات الزوجية.

* اضطراب الأسرة وانهارها.

ويتضمن العلاج الأسرى العديد من الأشكال، حيث يقوم المعالج بدور الموجه على النحو التالى:

* تسهيل الاتصال والتفاعل بين أعضاء الأسرة.

* تعديل السلوك على أسس ومبادئ نظريات التعلم.

* التحليل النفسى والاستقصاء العميق، فى حالة ظهور المقاومة وتأثير خبرات الطقولة وفى حالة التحويل.

ويهدف العلاج الأسرى إلى ما يلى:

* مساعدة الأسرة على كشف نقاط الضعف التى تؤثر فى علاقات وتفاعلات أفراد الأسرة.

* تقوية القيم الإيجابية للأسرة ومساعدتها على تدعيم كل ما يحقق التوازن والاستقرار الأسرى.

* مساعدة الأسرة على تدعيم القيم الموجبة وإهمال جوانب السلوك السالب.

* مساعدة الأسرة على رفع مستوى أدائها الاجتماعى.

* تحقيق التوازن والتماسك بين أعضاء الأسرة.

* مساعدة الأسرة على تخطي بعض العقبات الخاصة ببعض أفرادها المشكلين (المعوقين أو المتخلفين عقليا مثلا).
ومن مزايا العلاج الأسري، أنه يفيد في حل المشكلات الأسرية قصيرة الأمد في الحياة اليومية.

(مورجان ومورجان Morgan & Morgan، ١٩٨٤)

جماعة المواجهة: Encounter Group

رائد هذا الأسلوب العلاجي هو كارل روجرز (Rogers (١٩٧٠).

ويعرف هذا الأسلوب الإرشادي العلاجي أحيانا بأسماء منها مايلي:

* جماعة المواجهة الأساسية Basic Encounter Group.

* جماعة التدريب العملي في ديناميات الجماعة Training Laboratory in Group Dynamics (T Group).

* حلقة عمل جماعي في العلاقات الإنسانية Workshop in Human Relationships.

وتفضل المؤلفة تسمية «الخبرة المكثفة في جماعات المواجهة»

«Intensive Experience in Encounter Groups»

ويستخدم أسلوب الخبرة المكثفة في جماعات المواجهة في الإرشاد والعلاج النفسي في مراكز الإرشاد والعيادات النفسية، وفي أماكن قضاء العطلات.

وتضم جماعة المواجهة ٨ - ١٠ أفراد لديهم مشكلات متشابهة. وتستمر الخبرة الجماعية المكثفة فترة تتراوح بين يومين إلى ثلاثة أيام (كعطلة نهاية الأسبوع) حيث تكون الخبرة العلاجية مكثفة وطول الوقت فيما عدا وقت الراحة والغذاء، أي أن الجلسات تستغرق ما بين عشرة إلى ستين ساعة من الخبرة العلاجية المكثفة. وقد تمتد الجلسات إلى ثلاثة أو أربعة أسابيع.

وتساعد جماعة المواجهة في الوقاية من التوترات وفي حل الصراعات النفسية، وتتناول القيم والاتجاهات بالتعديل والتغيير، وإثراء وتحسين الاتصال بين الوالدين والأولاد. وتساعد جماعات المواجهة بصفة خاصة في حل المشكلات النفسية الاجتماعية، والمشكلات الزوجية.

ويمكن اختيار الأساس النظري الذي يفضله المعالج مثل: العلاج المركز حول المريض، أو العلاج الجشتالتى. ويكون التركيز على «الهنا والآن» أى على الحاضر أكثر.

ويقوم المعالج بدور الميسر Facilitator أى ميسر التفاعل والتفاهم والعلاقات في جماعة المواجهة. وللمعالج مسئولية قيادية تتجلى أساسا في تسهيل التعبير الحر لدى أعضاء الجماعة عن المشاعر والأفكار. ووظيفة القائد الميسر أساسا هي تهيئة المناخ العلاجي الآمن نفسيا. وهو مشارك نشط جاهز عند الحاجة إليه، صادق في مشاعره واتجاهاته، صبور، متعاطف، متقبل لأعضاء الجماعة كل على حدة وللجماعة ككل.

وهناك فروض في الخبرة الجماعية المكثفة أهمها ما يلي:

* ينمو الشعور تدريجيا بالأمن ويتخلى الأعضاء عن الدفاعات ويخلعون الأقنعة.

* يتدعم الارتباط المشاعري عن طريق المواجهة مع باقى أعضاء الجماعة.

* يزداد فهم النفس والعلاقات مع الآخرين.

* يتم التعبير عن المشكلات وتعلم أساليب أفضل للتوافق.

* تتغير الاتجاهات، وبالتالي يتغير السلوك.

* تصبح العلاقات أكثر فعالية مع الآخرين في الحياة اليومية.

وتمر الخبرة الجماعية المكثفة في مراحل متتالية على النحو التالي:

* **التجمع:** Milling Around حيث يوضح المعالج أو الميسر في البداية أن

الجماعة تتمتع بحرية كاملة، وأنه لا يوجد من يحدد وجهتها، أو يتحمل

مسئوليتها، وهذا يسبب نوعا من الارتباط والتشوش أو حتى الإحباط.

وهذا أمر طبيعي في بادئ الأمر. وقد تتكلم الجماعة في هذه المرحلة في أشياء متنوعة وفي أى شئ وفي كل شئ.

* **المقاومة: Resistance** (مقاومة التعبير الشخصي أو الاستكشاف) يميل بعض الأفراد إلى التعبير عن الاتجاهات الشخصية مما يثير ردود فعل متناقضة بين الأعضاء الآخرين في الجماعة. فلكل فرد مفهوم ذات عام ومفهوم ذات اجتماعي، ومفهوم ذات خاص يحافظ على سرية. وكل فرد يحاول أن يبدو أمام الآخرين عارفا قادرا محقا خاليا من المشكلات.

* **وصف المشاعر السابقة:** ويبدأ التعبير عن المشاعر السابقة مع نوع من الحذر والخوف من المخاطرة وكشف الذات تماما. ويبدو أن كشف المشاعر السابقة يكون أسهل من التعبير عن المشاعر الحاضرة لأنها تكون خارجة عن نطاق الجماعة زمانا ومكانا، وهي تعبير عن المشاعر «هناك وأنداك» There and Then .

* **التعبير عن المشاعر السالبة:** يكون التعبير الأول عن المشاعر الهامة «هنا والآن» Here and Now في شكل اتجاهات سالبة نحو الأعضاء الآخرين في الجماعة أو نحو قائدها، وذلك في حالات مثل إحجام بعض الأعضاء عن الكشف عن ذواتهم الخاصة، وعدم التعاون، أو اتهام القائد بالفشل في قيادة الجماعة. وبعد أن يتم التعبير عن المشاعر السالبة يتم تقبلها دون نتائج سيئة حيث توجد الجماعة في مناخ نفسي كله حرية.

* **التعبير عن المواد الشخصية:** بعد أن يتأكد كل فرد أن الجماعة جماعته، تزداد الثقة في النمو، ويبدأ كل فرد في الكشف عن واجهة أعمق من ذاته.

* **التعبير عن المشاعر المباشرة في الجماعة:** وهذا التعبير قد يحدث مبكرا أو يتأخر أحيانا، وهو عبارة عن إفصاح عن المشاعر في اللحظة المباشرة للأعضاء تجاه بعضهم البعض، إما إيجابا أو سلبا.

* **نمو طاقة علاجية في الجماعة:** وهذا يظهر قدرا من الطاقة التلقائية لدى

أعضاء الجماعة للتعامل مع آلام ومتاعب ومشكلات الآخرين فى إطار
علاجى ميسر .

* **خلع الأقنعة:** مع مرور الوقت تجد الجماعة أنه لا يمكن تحمل أن يظل أى
عضو من أعضائها خلف قناع أو واجهة، فالكلمات المهذبة والفهم
المتبادل الظاهرى، والعلاقات الطيبة والأسلوب المغطى لا يصبح مناسباً،
ويحل محله حدوث مواجهة أعمق. فالواجهة الجماعية المكثفة تتطلب
أن يكون الفرد «نفسه» ولا يظل مختبئاً، وأن يخلع القناع فى التفاعل
الاجتماعى العلاجى. وقد يكون خلع الأقنعة بتدرج وبرفق، وقد يكون
فجائياً ودرامياً. وعلى العموم فإن خلع الأقنعة يعتبر بمثابة «عرى نفسى»
أو كشف عن «العورة النفسية».

* **تلقى التغذية المرتدة:** وفى عملية التفاعل التعبيرى الحر، يكتسب الفرد
قدراً كبيراً من المعلومات عن كيف يبدو للآخرين. وهذه المعلومات
المتنوعة ترجع وترسل إلى الفرد فى إطار التفاعل الذى يتم فى الجماعة.
وبذلك تبدو الجماعة بمثابة مرآة جماعية للفرد.

* **التحدى (وجهاً لوجه):** Confrontation وفى هذه المرحلة يواجه الأفراد
بعضهم بعضاً إيجاباً وسلباً وفى أخذ وعطاء قد يصل إلى مرحلة
المشادة، ولكن خلال العملية العلاجية وقبل نهاية الجلسة يصل إلى نهاية
أفضل.

* **علاقة المساعدة الجماعية:** وفى هذه المرحلة تنمو علاقة مساعدة جماعية
حيث تتوصل الجماعة إلى طرق يكون فيها الأعضاء قادرين على
مساعدة بعضهم البعض داخل وخارج الجلسات الجماعية. ومن مظاهر
علاقة المساعدة الجماعية ما يحدث عندما يساعد أعضاء الجماعة بعضهم
بعضاً على تقبل ذواتهم، وعلى خلع أقنعتهم، وعلى الكشف عن مواد
أعمق من ذواتهم الخاصة.

* **المواجهة الأساسية:** Basic Encounter وفى هذه المرحلة يزداد ائتلاف
الأعضاء وضوحاً فى شكل قرب أكثر، واتصال أعمق مع بعضهم

البعض بدرجة أكبر من المعتاد في الحياة اليومية، وهذا يعتبر أحد العناصر الرئيسية المؤدية إلى إحداث التغيير نتيجة الخبرة الجماعية. وهكذا تعتبر جماعة المواجهة بمثابة كتف يبكى عليه الأعضاء. وتتيح الجماعة كذلك فرصة الشعور بالتقبل والقيمة، مما يزيد الثقة في النفس، وإتاحة فرصة تحقيق الفرد لذاته في علاقة ثنائية «أنا وأنت».

* **التعبير عن المشاعر الموجبة والقرب:** وبالتدرج يحل محل الشعور السالب تقبل عميق للآخر، ومن ثم يتضح حدوث تغير حقيقي في المشاعر في الاتجاه السليم، ويزداد الشعور بالأمن وبروح الجماعة.

* **التغيرات السلوكية في الجماعة:** ويحدث تغيرات سلوكية أساسية في الجماعة نفسها نتيجة للخبرة الجماعية، فالتعبيرات تتغير، ونبرات الصوت تتغير، فتصبح أحياناً أقوى وأحياناً أرق، وعادة أكثر تلقائية وأكثر امتلاءً بالمشاعر الأفضل. ويسبى الأعضاء قدراً كبيراً من الاحترام المتبادل والاتجاه الموجب نحو بعضهم البعض، ويصبحون أكثر انفتاحاً وتلقائية ومودة، يعبرون عن أنفسهم بحرية وطلاقة، ويصبحون أكثر تعاطفاً وتسامحاً وثقة، وتصبح العلاقات الاجتماعية أكثر عمقا ونجاحاً. هذا ومن بين أساليب تنشيط التفاعل في جماعة المواجهة: مباراة الأسرار، ولعب الأدوار، وأسلوب العين في العين، والكرسى الساخن (كرسى الاعتراف)، والطلقات الموجبة والسالبة.

مزايا العلاج الجماعي:

تتلخص مزايا العلاج النفسي الجماعي فيما يلي:

* توفير الوقت والجهد والمال، حيث يستطيع المعالج النفسي معالجة ومساعدة أكثر من مريض في وقت واحد.

* توفير خبرة الاتصال والتفاعل مع أفراد جماعة العلاج، وتبادل الآراء والتخفف من حدة المرض عند الأفراد حيث يرى المريض أنه أفضل من غيره مما يؤدي إلى نتائج أفضل وأسرع في العلاج.

* تعدد أساليبه وتنوعها، مع إمكان التدريب عليها بدرجة أسهل من غيرها نسبياً.

* تحسين التفاعل الاجتماعى، والاتجاهات الاجتماعية.

* إحداث تغير فى الشخصية والسلوك، وإتاحة فرصة خبرات انفعالية مكثفة، وتحسين الاستبصار.

عيوب العلاج النفسى الجماعى:

ومن عيوب العلاج النفسى الجماعى ما يلى:

* قد تكون التغيرات السلوكية التى تحدث قصيرة الأمد وغير دائمة، وقد يحدث لدى البعض انتكاس.

* قد يندمج الفرد بعمق فى الكشف عن ذاته ثم يترك بمشكلاته غير محلولة.

* قد يستفيد أحد المرضى دون الآخرين مما يحدث مشكلات خاصة فى عملية التوافق النفسى.

* قد يتحمس بعض الأعضاء للطريقة ويستمررون فى الاشتراك فى حلقات عمل جديدة، وقد يحترفون حضور جلسات العلاج الجماعى.

الفصل الرابع عشر

العلاج الاجتماعي

SOCIOTHERAPY

تعريف:

هو عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية للمريض وتعديلها أو تغييرها أو نقل المريض إما مؤقتاً أو بصفة مستديمة من البيئة الاجتماعية التي أدت إلى الاضطراب النفسي، إلى بيئة اجتماعية تحقق التوافق النفسي السوي. والعلاج الاجتماعي يدخل تحته ما يسمى «العلاج البيئي» Environmental «علاج المحيط البيئي» Milieu Therapy، و«علاج الدفعة الكلية» Total Push.

ومعروف أن البيئة الاجتماعية تلعب دوراً هاماً في نشأة وعلاج الاضطرابات النفسية، لذلك نجد أن للعلاج الاجتماعي دوراً رئيسياً في إجراء تعديلات في البيئة الاجتماعية للمريض (انظر شكل ٤٠).
(محمد عودة وكمال مرسى، ١٩٨٤).

أهدافه:

يهدف العلاج الاجتماعي إلى تغيير وضبط البيئة الاجتماعية التي أدت إلى الاضطراب النفسي. وجعلها بيئة اجتماعية علاجية سواء كان ذلك في الأسرة أو المدرسة أو المستشفى أو في العيادة النفسية أو في مكان العمل أو في المؤسسات الإيداعية.

فوائده:

يجدى العلاج الاجتماعي في حالات الأطفال والشباب أكثر منه في حالات الراشدين والكبار، وذلك لأن الأطفال والشباب يكونون ما زالوا في مرحلة تكوين ونمو وتعديل لسلوكهم، بينما يكون الكبار قد نضج سلوكهم مع النمو، ولذلك يكون من الصعب تغييره وتعديله.



شكل (٤٠) العلاج الاجتماعي

أساليب العلاج الاجتماعي:

في الأسرة:

- الأسرة هي الخلية الاجتماعية الأولى والأساسية للفرد، وفي محيطها قد يستدعى الحال إجراء ما يلي:
- * الاستعانة بالوالدين في تهيئة مناخ أسرى سوى.
- * تغيير اتجاهات المحيطين والمخالطين في الأسرة خاصة الزوج والأقارب والرفاق والجيران.
- * تحسين علاقة الوالدين بالطفل فيما يتعلق بتربيته وتوجيهه وتحسين أساليب الرعاية والوالدية لنموه.
- * علاج الأسرة (جميع أفرادها).
- * حل المشكلات الزوجية والاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر على حالة المريض.
- وفي حالة إيداع المريض - خاصة إذا كان طفلاً- في مؤسسة داخلية بعيداً عن أسرته المفككة أو المنهارة يشترط توافر الأمن والطمأنينة في المؤسسة.

في المدرسة:

- تلعب المدرسة دوراً هاماً في العلاج الاجتماعي على النحو التالي:
- * يتعاون المعالج النفسي والأخصائي الاجتماعي والمعلمون في تحقيق هدف العلاج الاجتماعي . فالمدرسة تكشف القدرات والهوايات وتنميتها، وتشبع الحاجات، ويمارس فيها التلميذ المحاولة والخطأ، والنجاح والفشل، والتنافس والتعاون، ويتعلم فيها الحياة الواقعية والكثير من المهارات الاجتماعية.
 - * يحتاج التلميذ المشكل إلى تعديل بعض الخبرات المدرسية أو تقديم خبرات خاصة مناسبة له عن طريق التعاون بين الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة والمعالج النفسي.
 - * يلعب مجلس الآباء والمعلمين دوراً هاماً في الاتصال بين الأسرة والمدرسة في الحالات السوية بصفة عامة والحالات المرضية بصفة خاصة.

في المستشفى:

- يجب أن يكون المناخ العلاجي في مستشفى الأمراض النفسية أو العيادة النفسية مناسباً ومساعداً ومشجعاً في عملية العلاج ومفيداً في اكتساب مفاهيم واتجاهات جديدة وموجبة. ويجب العمل على نقل المريض من مجتمع المستشفى إلى المجتمع الخارجي وتيسير الطريق أمامه بالتدرج من المستشفى إلى الأسرة إلى المجتمع.

في المجتمع:

- يفيد العلاج الاجتماعي في المجتمع كما يلي :
- * الاستعانة بالمعايير الاجتماعية والقيم والعادات والتقاليد والعرف في تعديل السلوك غير السوي.
 - * إسهام الأقارب والرفاق في التخفيف من حدة التوتر التي قد تكون موجودة في البيئة الاجتماعية.

- * تعديل الظروف الاجتماعية وإحداث التغيير اللازم في ظروف المعيشة، وتعديل الإطار الاجتماعي العام للمريض وعلاجه في مواقف الحياة اليومية في المجتمع.
- * الاستفادة من النوادي والمعسكرات في توسيع الإطار الاجتماعي للمريض، وتقبل الآخرين، والاستقلال خصوصاً في حالة الحماية الزائدة أو التدليل.
- * ضبط التنشئة الاجتماعية وتعديل وتغيير ما يلزم في باقى وسائل وعوامل هذه العملية في دور العبادة ، وجماعة الرفاق، ووسائل الإعلام.
- * اشراك المريض في برنامج اجتماعي مخطط للنشاط والعلاج وتقديم خبرات اجتماعية جديدة، ومتابعة المريض أثناء وبعد عودته للمجتمع.

مزايا العلاج الاجتماعي:

- من مزايا العلاج الاجتماعي ما يلي:
- * علاج المريض كإنسان وليس مجرد «حالة».
- * زيادة التفاعل والنشاط الاجتماعي، والاستفادة من أثر الضغط الاجتماعي الملزم في تعديل السلوك.
- * المساهمة في إعادة التوافق الشخصي والاجتماعي والزواجي والأسرى والمهني للمريض.
- * إعادة الثقة بالنفس والتقليل من السلوك الغريب والشاذ للمريض.

صعوبات العلاج الاجتماعي:

- من صعوبات العلاج الاجتماعي ما يلي:
- * صعوبة ضبط بيئة الراشدين.
- * صعوبة الاتصال بالأزواج أو الرؤساء.
- * صعوبة تغيير نظام حياة الكبار والمسنين . (حامد زهران ، ١٩٩٧).

الفصل الخامس عشر

العلاج باللعب

PLAY THERAPY

مقدمة:

يمثل اللعب مكانة هامة في حياة الطفل حيث يعيش ولا يميز بين نشاطاته من حيث هو عمل أم لعب- خاصة اللعب الحر الذي لا يتدخل فيه الكبار بمعاييرهم وضوابطهم- والتي تحد من تلقائية الطفل في لعبه. واللعب هو الوسيلة التي يفهم بها الأطفال عالم الكبار، وكيفية التفاعل مع الآخرين، واكتساب اللغة، ولعب الأدوار. واللعب الحر يعطى الطفل حرية الابتكار، وينمى عنده الخيال متمثلاً في اللعب الإيهامى . (يسرية صادق، ١٩٨٩).

ماهية العلاج باللعب:

اللعب هو أحد الأساليب الهامة فى تعليم الأطفال وتشخيص وعلاج مشكلاتهم. ويستخدم اللعب كطريقة علاجية فى حد ذاته، ويستخدم أيضاً ضمن طرق علاجية أخرى.

والعلاج باللعب طريقة هامة فى علاج الأطفال المضطربين نفسياً، حيث يستغل اللعب للتنفيس الانفعالى، وتنفيس الطاقة الزائدة، والتعبير عن الصراعات، وتعلم السلوك المرغوب.

وكانت أول عيادة للعلاج باللعب تستخدم طريقة الملاحظة العلاجية (الكلينيكية) فى الفترة من (١٩٤٠ - ١٩٥٠). وقد قام عدد من العلماء بدراسة الفروق بين الجنسين فى اللعب، وتحليل أثر الإحباط على سلوك الطفل وكشف السلوك العدوانى لدى الطفل.

وتعتبر فرجينيا أكسلين زفرض (١٩٤٨) من أوائل المهتمين بالعلاج باللعب، وأكدت أهمية اللعب في انخفاض الشعور السلبي، ونمو الشعور الإيجابي نحو الذات ونحو الآخرين من خلال جلسات العلاج باللعب، وأكدت أيضاً أن الطفل يتحول إلى فرد أكثر اكتمالاً وتوافقاً وتحراً وتلقائية من خلال عملية العلاج. (سلوى عبد الباقي، ١٩٨٩).

ويقوم العلاج باللعب على أساس عدد من النظريات التي تفسر اللعب، ومنها:

* **نظرية الطاقة الزائدة:** وتقول إن اللعب تنفيس للطاقة الزائدة عند الفرد. ويمكن الاستفادة من طاقة النشاط الزائدة في سلوك مفيد وبناء.

* **النظرية الغريزية:** وتقول إن اللعب يستند إلى أساس غريزي، وإنه بتوجيه اللعب يمكن تهذيب وتدريب النشاط الغريزي لدى الفرد، كما هو الحال في غريزة المقاتلة والعدوان.

* **نظرية التلخيص:** وتقول إن كل طفل يلخص تاريخ الجنس البشري في لعبه، حيث نجده وهو يبنى، وهو يعوم، وهو يتسلق الأشجار، إنما يلخص ما كان يقوم به أجداده.

* **نظرية تجديد النشاط بالتسلية والرياضة:** وتقول إن أوجه النشاط الرئيسية في الحياة متعبة ومجهدة لدرجة تستوجب تجديد النشاط في الحياة بالتسلية والرياضة. فاللعب ضرورة للترفيه بعد العمل، فهو ينسى الفرد ضغط العمل، ويجدد النشاط والحيوية.

(حامد زهران، ١٩٩٠).

ويستند العلاج باللعب إلى الأهمية النفسية للعب وأدوات اللعب، وذلك على النحو التالي:

* يفيد اللعب في النمو النفسى والعقلى والاجتماعى والانفعالى للطفل، فيقوى عضلاته، ويطلق الطاقات الكامنة فيه، ويتعلم الطفل من خلاله المعايير الاجتماعية وضبط الانفعالات والنظام والتعاون والقيادة.

- * يشبع حاجات الطفل مثل حب التملك، وذلك حينما يمتلك الطفل بعض أدوات اللعب ويسيطر عليها في حرية دون رقيب أو متافس، وفي تفكير مستقل، متفصلاً عن ميوله ومشاعره.
- * يكمل اللعب بعض أوجه النشاط الضرورية في حياة الطفل اليومية.
- * يفيد اللعب في دراسة سلوك الطفل من خلال لعبه عن طريق الملاحظة غير المباشرة، وهو وسيلة هامة في تشخيص مشكلات الأطفال وعلاجها.
- * يعتبر اللعب «مهنة الطفل». وأثناء اللعب يشعر الطفل بالمتعة ويعيش طفولته ويستكشف ويتعلم ويتكرر.

حجرة اللعب:

توجد في العيادات النفسية، ومراكز توجيه الأطفال حجرة للعب، تضم لعباً متنوعة الشكل والحجم والموضوع، وتمثل اللعب الأشخاص والأشياء الهامة في حياة الأطفال اليومية.

ومن أمثلة اللعب التي تحتويها حجرة اللعب: العرائس والدمى التي تمثل أفراد الأسرة، والأطباء، ورجال الشرطة، واللعب التي تمثل الحيوانات المختلفة، والأثاث، والمسدسات والبنادق، والملابس والمفروشات، ووسائل المواصلات، وأحواض الرمل والماء، والأشجار، والجبال، وطين الصلصال، وأدوات الكتابة والرسم. ويمكن أن تضم حجرة اللعب بعض الأراجيح والأراجوز... إلخ.

ومن بين اللعب المتعددة الأغراض، يختار المعالج ما يناسب مشكلة الطفل وعمره وجنسه. ويمكن ملاحظة سلوك الطفل خارج حجرة اللعب أثناء لعبه بالمنزل بين أفراد أسرته التي تكون عادة هي مصدر اضطرابه وسوء توافقه، سواء كان هذا اللعب فردياً أو جماعياً.

(كاميليا عبد الفتاح، ١٩٧٥، حامد زهران، ١٩٩٧).

أهمية اللعب في التشخيص:

يعتبر لعب الأطفال تعبيراً حقيقياً عن سلوكهم السوى أو المضطرب. فالطفل أثناء لعبه يعبر عن مشكلاته وصراعاته التي يعانى منها، ويسقط ما بنفسه من انفعالات تجاه الكبار- والتي لا يستطيع إظهارها خوفاً من العقاب- على لعبه.

ويمكن للمعالج ملاحظة سلوك الأطفال المشكلين أثناء لعبهم، وملاحظة التفاعل الاجتماعى بينهم، وكيفية معاملة أدوات اللعب، وملاحظة الأحاديث والانفعالات التي تصاحب اللعب، وملاحظة أسلوب تعبير الطفل عن رغباته وحاجاته ومخاوفه ومشكلاته، وخاصة فى حالة التكرار الزائد، وملاحظة أنماط السلوك الجانح كالسرقة والعدوان، والعنف، وملاحظة اضطرابات سلوكية أخرى مثل اضطرابات الكلام... إلخ. وحين يتوحد الطفل أثناء اللعب مع أحد أفراد الأسرة من اللعب، فإن المعالج يستطيع تصور المناخ الانفعالى للأسرة، والاتجاهات العائلية، وأساليب المعاملة الوالدية.

وللتعبير الرمزى للعب أهمية كبيرة فى العلاج باللعب، حيث يوجه الاهتمام إلى التعبير الرمزى عن طريق القصص التى يقصها الطفل، وعادة ما تكون عن موقفه مع والديه وإخوته ورفاقه، وعن مدى تعلقه العاطفى بهم.

ويستفيد المعالج من عملية التشخيص باللعب فى معرفة: سن الرفاق، وعدم الاستمتاع باللعب، والعدوان على اللعب، والقيادة والتبعية فى اللعب، والحوار القائم بين الطفل ولعبته، والتعبير بالرسم والألوان.

وتستخدم اختبارات اللعب الإسقاطية كوسيلة هامة فى عملية التشخيص حيث يستخدم لعب ودمى مقننة ومواقف محددة. وتوجد نماذج متنوعة لمثل هذه الاختبارات الإسقاطية مثل اختبار المنظر (الذى يتخيله الطفل وينقذه باللعب).

استخدام اللعب فى العلاج:

يعتبر اللعب أسلوباً علاجياً هاماً للأطفال المشكلين والمضطربين نفسياً،

وذلك بإتاحة الفرصة للمعالج عن طريق الملاحظة أثناء اللعب، وتيسير ضبط وتوجيه سلوك الطفل.

وأثناء جلسة العلاج باللعب، يعطى الطفل أدوات اللعب، ويترك له اختيار ما يريد اللعب به، ويتاح له فرصة العزف على آلة موسيقية مثلاً.

وتتكون العلاقة العلاجية بين المعالج والطفل منذ اللحظة الأولى لاصطحابه إلى حجرة اللعب، مع مراعاة العلاقة العلاجية التي تتسم بالتسامح والعطف والمودة والثقة.

ويعتبر العلاج باللعب فرصة لنمو الطفل فى مناخ يساعد على التعبير والانطلاق بحرية، وإتاحة فرصة السلوك دون لوم أو سيطرة أو تدخل أو عقاب.

ويتخذ المعالج اللعب كموقف تعليمى إذا تطلب الموقف ذلك.

وفى بعض الحالات يشارك المعالج الطفل لعبه. وقد يتخذ موقفاً إيجابياً فينضم للعبة معينة ويبدأ هو باللعب مشجعاً الطفل على المشاركة، وهنا يعكس المعالج مشاعر الطفل ويوضحها له حتى يدرك نفسه ويحدد إمكاناته ويحقق ذاته دون الاعتماد على المعالج.

وقد يكون اللعب حرّاً حيث يترك الطفل يلعب بما يشاء من اللعب التى يريدها. وهنا يكتفى المعالج بتهيئة المناخ المناسب للعب دون اشتراكه فيه.

ويلاحظ أن اللعب وأدوات اللعب تثير الطفل فتجعله يتكلم أو يمثل خبراته وصراعاته بطريقة درامية، مما يتيح فرصة التعبير والتنفيس الانفعالى عن التوترات التى تنشأ عن الصراع والإحباط والحрман، والتنفيس عن الطاقة الزائدة عند الطفل، ويساعد على التدريب والإعداد للمهارات وللحياة المستقبلية.

ويكون المعالج حساساً لما يقوم به الطفل من أنماط السلوك المختلفة، ويستجيب له بطريقة مناسبة، ويستغل كل فرصة لتنمية وتعليم عادات

سلوكية جديدة بدلاً من العادات غير المرغوبة. وبما أن اللعب يعتبر تعبيراً رمزياً عن المخاوف اللاشعورية، فإن تكرار اللعب يساعد الطفل على تحمل الخوف، فالألفة بالشيء تذهب الخوف منه.

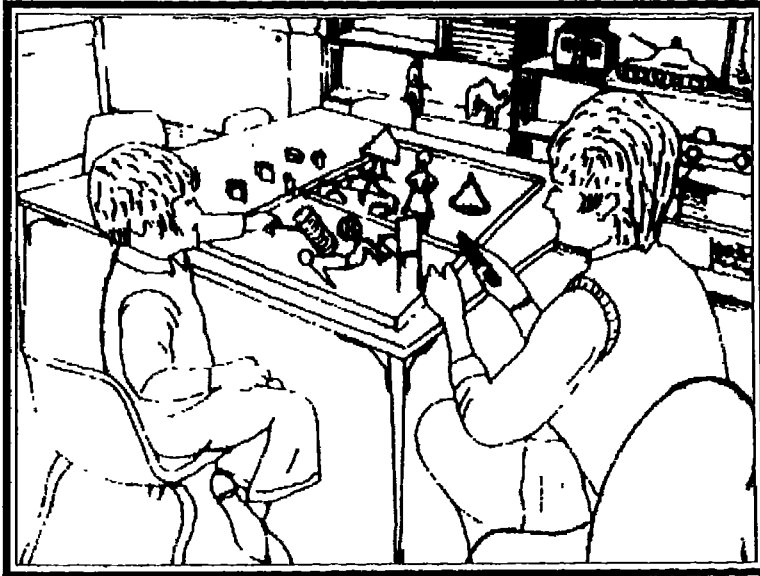
ويجب على المعالج ملاحظة عملية التحويل التي قد يقوم بها الطفل بظهور عدوانه نحو الوالد عليه هو .

وتلعب شخصية المعالج دوراً كبيراً في نجاح عملية العلاج باللعب وقدرته على فهم الطفل، وقيامه بدوره كمعالج. (انظر شكل ٤١).

ويقوم المعالج النفسي علاقة خاصة مع الطفل فيمثل دور الشخص العادي الذي يسند إليه عدداً من الأدوار التي كانت علاقته الحقيقية بغيره من الأشخاص أو مشاعره نحوهم قد جعلتها سبباً لمتاعبه النفسية.

وقد يشارك الوالدان المعالج في عملية العلاج باللعب، وذلك عن طريق جلسات مشتركة بين المعالج والوالدين إذا لزم الأمر.

(فيرجينيا أكسلاين Axline، ١٩٧٤، كلارك موستاكس، ١٩٩٠).

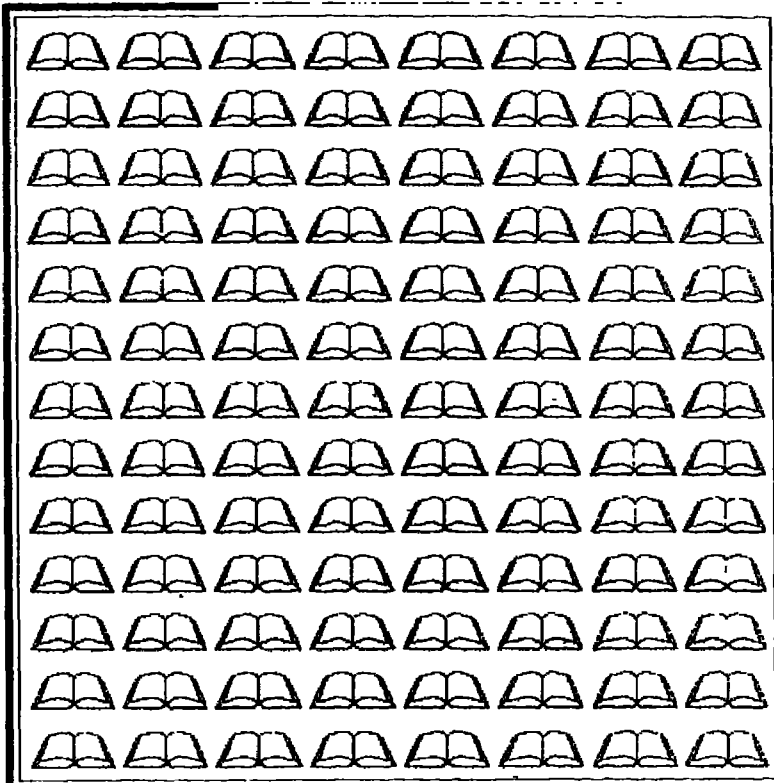


شكل (٤١) العلاج باللعب

مزايا العلاج باللعب:

من مزايا العلاج باللعب ما يلي:

- * يعتبر اللعب مجالاً فسيحاً للتعبير عن الدوافع والرغبات والاتجاهات والصراعات والإحباط وعدم الأمن والقلق والتنفيس الانفعالي.
- * يعطى اللعب فرصة إزاحة المشاعر مثل الغضب والعدوان إلى أشياء بديلة والتعبير عنها تعبيراً رمزياً، مما يؤدي إلى تخفيف الضغط والتوتر الانفعالي عن الطفل.
- * يفيد في تخفيف مشاعر الذنب والاتجاهات السالبة والعدوانية عند الطفل ووضعها في حجمها المناسب مما يقلل شدة حساسية الطفل لها.
- * يفيد في استبصار الطفل بمشكلاته ومعرفة أسبابها، وكيفية إيجاد حلول لها.
- * يفيد في اكتشاف الطفل لقدراته وميوله.
- * ينمي خبرات جديدة بالنسبة للطفل في ظروف أفضل.



الفصل السادس عشر

العلاج بالعمل

OCCUPATIONAL THERAPY

تعريف:

هو توجيه طاقة المريض إلى عمل حتى ينصرف عن الانشغال بمشكلاته الخاصة، وبحيث يشعر أثناء قيامه بالعمل بأهميته، ويزداد شعوره بالطمأنينة، والثقة بالنفس، وتخف شحناته الانفعالية. (محمد خليفة بركات، ١٩٧٨).

والعلاج بالعمل عن طريق اشتراك المريض في عمل مهني من أهم طرق ووسائل علاج الأمراض النفسية، حيث يكمل العلاج النفسي بكافة طرقه.

أهداف العلاج بالعمل:

- يهدف العلاج بالعمل إلى تحقيق ما يلي:
- * تحويل طاقة المريض في عمل مشوق هادف.
- * التخلص من التركيز على الانفعالات النفسية التي سببت الاضطراب.
- * المساعدة على التعبير عن المشاعر.
- * الحد من الميول للإجتماعية.
- * المساعدة على تركيز الانتباه، والتخلص من أحلام اليقظة.
- * شغل وقت المريض، وإثبات قدرته على الإنتاج.
- * المساعدة في عملية التشخيص والعلاج والتأهيل.

قسم العلاج بالعمل،

يعد قسم خاص للعلاج بالعمل في المؤسسات العلاجية المختلفة.

ويوجد بهذا القسم تخصصات متنوعة كما فى ورش الصناعات اليدوية مثل صناعة الغزل والنسيج، والسجاد، والسلال، والحياطة، وأشغال الإبرة، وصناعة اللعب، والنجارة، والرسم... إلخ.

ويوجه بعض المرضى إلى أعمال فردية، ويوجه البعض الآخر إلى أعمال جماعية.

ويشرف على قسم العلاج بالعمل أخصائىون فى العلاج بالعمل وخبراء للتدريب فى مختلف المهن، يعملون جميعاً على تهيئة مناخ نفسى ملائم يساعد على فعالية العلاج بالعمل. ولا ينظر إلى العائد المادى لهذا القسم، فإنتاجه تغيير سلوك المرضى، وربحه تحقيق شفائهم. (انظر شكل ٤٢).

طريقة العلاج بالعمل؛

يقسم المرضى إلى ثلاثة أقسام :

* المرضى الأكفاء المهتمون بالعلاج والمقبلون عليه (دور النقاهاة).

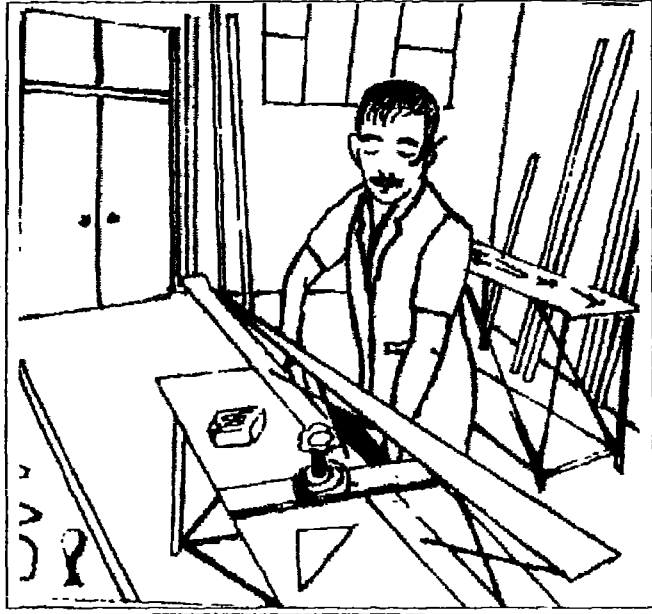
* المرضى الأقل اهتماماً (و هناك أمل فى شفائهم).

* المرضى المزمنون.

وتكون المهمة مع القسم الأول أسهل وأيسر عن القسم الثانى. وتكون النتيجة عادة أفضل فى القسمين الأولين. أما القسم الثالث فيحتاج إلى كل أنواع الإثارة والتشجيع والتبسيط والوضوح فى التعليمات والعمل. ويجب أن يكون بدء العمل سهلاً بسيطاً مشوقاً حتى يلمس المريض إنتاجه وتفوقه مما يزيد استجابته وتقدمه.

ويشترك الأخصائى النفسى مع المعالج بالعمل لتحديد نوع العمل وكميته وأوقاته فى ضوء معرفة شخصية وميول وصحة المريض واضطرابه، بحيث يشمل أيضاً على عنصر الترويح والتسلية والترفيه، كما يجب إتاحة حرية اختيار نوع العمل للمريض.

ويجب ألا ينتهى العلاج بالعمل بمجرد خروج المريض من المؤسسة العلاجية، ولكن يجب أن يستمر بعد خروجه لضمان عدم انتكاسه.



شكل (٤٢) العلاج بالعمل

دور المعالج بالعمل:

يقوم المعالج بدور هام في عملية العلاج بالعمل. وهو يشرك عدداً آخر من المعالجين المتخصصين حتى لا تقتصر مسئولية العلاج كله على المعالج النفسى. ويجب على المعالج أن يشرك مرضاه في إدراك وفهم أهداف العلاج حتى لا يظن المريض أنه موضع استغلال. كذلك يراعى المعالج دقة وتحديد مدة العلاج ووقته، وتهيئة المناخ النفسى المناسب للعمل فى الإطار العلاجى، وأن يكون حريصاً بالنسبة لما قد يحدث من حالات الطوارئ فى قسم العلاج بالعمل حيث توجد آلات ومعدات قد تستخدم فى العدوان أو الانتحار.

فوائد العلاج بالعمل:

من أهم فوائد العلاج بالعمل ما يلى:

- * يشغل وقت المريض ويجنبه السأم والملل.
 - * يساعد فى التنفيس عن الانفعالات النفسية والتعبير عن المشاعر.
 - * يجعل المريض أقل قلقاً وتوتراً ولا يحتاج إلى المهدئات.
 - * يخفف من حدة الاكتئاب والعزلة والمعاناة من الوحدة النفسية والانطواء والاستغراق فى أحلام اليقظة.
 - * يزيد من ثقة المريض فى نفسه، ويرفع من روحه المعنوية ويبعث الأمل فى الشفاء.
 - * ينشط المرضى الكسولين وينمى انتباه المريض، ويشير اهتمامه بما حوله ومن حوله، ويجعله أكثر اتصالاً بالواقع.
 - * يفيد فى عملية التشخيص، حيث يمكن فهم سلوك المريض وأعراضه، ومشاعره واتجاهاته ودوافعه.
 - * يهىء حياة اجتماعية متفاعلة يسودها التعاون والتنافس الصحى، ويفيد فى عملية التطبيع الاجتماعى للمريض.
 - * يساعد فى تقدم المريض أثناء العلاج، حيث يتخلص من دوافع العدوان أو النكوص، ويحقق قسطاً من تكامل الشخصية، ويجعل المريض أكثر تقبلاً لأنواع العلاج الأخرى.
- (حامد زهران، ١٩٩٧).

الفصل السابع عشر

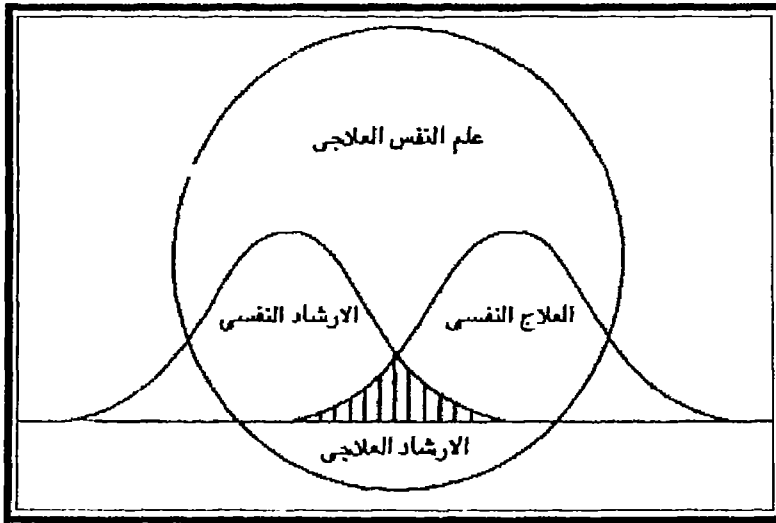
الإرشاد العلاجي

CLINICAL COUNSELLING

تعريف الإرشاد العلاجي:

يعتبر الإرشاد العلاجي مجالاً مشتركاً بين العلاج النفسي وبين الإرشاد النفسي. (انظر شكل ٤٣).

والإرشاد النفسي بصفة عامة هو عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يعرف ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكاناته، ويحل مشكلاته في ضوء معرفته، ورغبته وتعليمه وتدريبه، لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصياً وتربوياً ومهنياً وزواجياً وأسرانياً.



شكل (٤٣) الإرشاد العلاجي

والفرق الرئيسي بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي هو فرق في الدرجة وليس في النوع، وفرق في العميل وليس في العملية. فالعملية



شكل (٤٤) كارل روجرز

واحدة، ولكن العميل في الإرشاد أقرب إلى الصحة والسواء من زميله في العلاج.

والإرشاد العلاجي هو مساعدة المريض على اكتشاف نفسه وفهم وتحليل ذاته ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية وحل المشكلات وتحقيق التوافق والصحة النفسية، ويهدف إلى دراسة الشخصية، وتوجيه الحياة الواجهة السليمة. ويحتاج إليه الشخص العادي الذي يعاني من مشكلات الحياة اليومية، وكذلك الفئات الخاصة لحل مشكلاتها. وتتضمن خدمات الإرشاد العلاجي

كل إجراءات عملية الإرشاد مع استخدام طرق الإرشاد المناسبة، وخدمات مجالات الإرشاد الأخرى، وحل المشكلات الشخصية والانفعالية. (حامد زهران، ١٩٩٨).

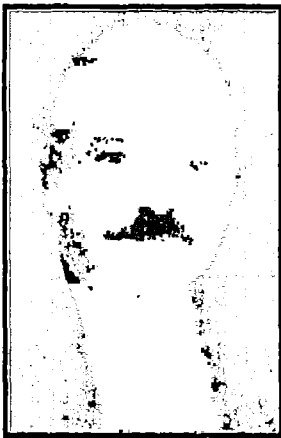
ومن رواد الإرشاد العلاجي كارل روجرز Rogers. ومن رواد الإرشاد النفسي بصفة عامة والإرشاد العلاجي بصفة خاصة في مصر حامد زهران.

العلاج النفسي والإرشاد العلاجي:

العلاج النفسي والإرشاد العلاجي توأمان متشابهان وليسا متماثلان، وأوجه الاتفاق بينهما كثيرة على الرغم من وجود بعض عناصر الاختلاف.

وفيما يلي أهم عناصر الاتفاق بين العلاج النفسي والإرشاد العلاجي:

* كلاهما خدمة نفسية متخصصة من أهدافها تحقيق التوافق والصحة النفسية.



شكل (٤٥) حامد زهران

* المعلومات المطلوبة لدراسة الحالة ووسائل جمع المعلومات واحدة في كل منهما.

* يشتركان في الأسس التي يقومون عليها، وفي الأساليب المشتركة مثل المقابلة ودراسة الحالة... إلخ.

* استراتيجياتهما واحدة وهي: التنمية، والوقائية، والعلاجية.

* إجراءات عملية العلاج والإرشاد واحدة في جملتها.

* يلتقيان في الحالات الحدية بين السوية واللاسوية أو بين العاديين والمرضى.

* يضم علم النفس العلاجي كلا من الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي.

* المعالج النفسي والمرشد النفسي، لا يخلو منهما عيادة نفسية أو مركز إرشاد نفسي.

* يجمع بينهما «إرشاد الصحة النفسية» Mental Health Counselling.

(حامد زهران، ١٩٩٨).

أما عن عناصر الاختلاف بين العلاج النفسي والإرشاد العلاجي فأهمها ما يلي:

* يهتم العلاج النفسي بمرضى الذهان والعصاب وذوى المشكلات الانفعالية الحادة، بينما يهتم الإرشاد العلاجي بالأسوياء والعاديين وأقرب المرضى إلى الصحة، وأقرب المنحرفين إلى السواء.

* يهتم العلاج النفسي بالمشكلات الأكثر خطورة وعمقاً والتي يصاحبها قلق عصابي، بينما يهتم الإرشاد العلاجي بالمشكلات الأقل خطورة وعمقاً والتي يصاحبها قلق عادي.

* يركز العلاج النفسي على اللاشعور، بينما في الإرشاد العلاجي يكون حل المشكلات على مستوى الوعي.

* في العلاج النفسي يكون المعالج مسئولاً أكثر عن إعادة وتنظيم بناء

الشخصية، بينما في الإرشاد العلاجي يعيد العميل تنظيم وبناء شخصيته هو.

* في العلاج النفسي يكون المعالج نشاطاً ويقوم بدور أكبر، بينما في الإرشاد العلاجي يكون العميل أكثر نشاطاً ويتحمل مسئولية الاختيار والتخطيط واتخاذ القرارات لنفسه وحل مشكلاته.

* في العلاج النفسي يعتمد المعالج أكثر على المعلومات الخاصة بالحالات الفردية، بينما في الإرشاد العلاجي يستخدم المرشد المعلومات المعيارية في دراسة الحالة.

* العلاج النفسي يستغرق وقتاً أطول، وبينما الإرشاد العلاجي قصير الأمد عادة.

الحاجة إلى الإرشاد العلاجي؛

يعانى الفرد من بعض المشكلات الشخصية والانفعالية في حياته اليومية التي لا تصل إلى درجة المرض النفسي، ويجب الاهتمام بحل هذه المشكلات قبل أن تتطور إلى عصاب أو ربما إلى ذهان.

ويدرك بعض الناس في وقت من أوقات حياتهم أن سلوكهم مضطرب ويعوق حياتهم العادية ويؤثر في تفاعلهم الاجتماعي، وهؤلاء يحتاجون لمن يساعدهم في حل مشكلاتهم بطريقة علمية وفنية متخصصة على مستوى علاجي.

المشكلات التي يتناولها الإرشاد العلاجي؛

يتناول الإرشاد العلاجي المشكلات التي تعوق توافق الفرد وتسبب عدم تمتعه بالصحة النفسية، مما يجعله يحتاج إلى إرشاد علاجي متخصص. ويهتم الإرشاد العلاجي بالمشكلات الشخصية والانفعالية والسلوكية والتوافقية.

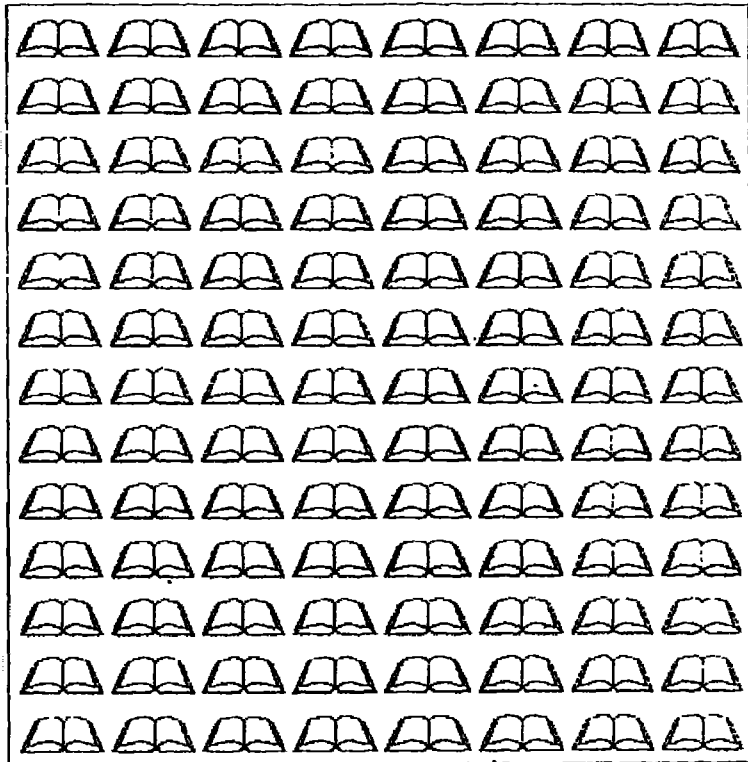
ومن المشكلات التي يهتم بها الإرشاد العلاجي ما يلي:

* **المشكلات الشخصية:** مثل الانحرافات الجنسية كما في الجنسية المثلية

- والبغاء، والإفراط الجنسي، والبرود الجنسي، والعنة، والاستعراض الجنسي، والسادية والماسوكية، والاحتكاك الجنسي، وهتك العرض، والعصاب الجنسي.
- * اضطرابات الشخصية: مثل الانطواء والعصاوية والخضوع واللامبالاة والسلبية والتشاؤم.
- * المشكلات الانفعالية: مثل المخاوف المرضية، والقلق، والغيرة، والاكئاب، واضطرابات أخرى مثل: التناقض الانفعالي، وضعف الثقة في النفس، والحساسية النفسية.
- * مشكلات التوافق: مثل سوء التوافق النفسي (الشخصي والاجتماعي والمهني والزواجي والأسري)، وتحقير الذات والشعور بالإثم ونقص تحمل المسؤولية.
- * المشكلات السلوكية: مثل اضطرابات العادات، واضطرابات الغذاء، واضطرابات الإخراج، واضطرابات النوم... إلخ.

خدمات الإرشاد العلاجي؛

- يعتبر الإرشاد العلاجي مجالاً تطبيقياً لكل ما يتم من إجراءات عملية العلاج والإرشاد النفسي.
- وفيما يلي أهم خدمات الإرشاد العلاجي:
- * استخدام طرق الإرشاد المناسبة، ومنها: الإرشاد المباشر وغير المباشر، والإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي، والإرشاد الديني، والإرشاد السلوكي، والإرشاد باللعب، والإرشاد وقت الفراغ... إلخ.
- * تقديم بعض خدمات مجالات الإرشاد الأخرى، ومنها: الإرشاد الزواجي، والإرشاد الأسري، والإرشاد التربوي، والإرشاد المهني.
- * حل المشكلات الشخصية والانفعالية: وتقديم المساعدة اللازمة لحلها عن طريق المشاركة الانفعالية، وتأكيد الذات، وإشباع الحاجات، وتسهيل عملية التنفيس والتفريغ والتطهير الانفعالي.



الفصل الثامن عشر

العلاج العقلاني - الانفعالي

RATIONAL - EMOTIVE THERAPY "RET"

مقدمة:

العلاج العقلاني - الانفعالي طريقة حديثة من طرق العلاج النفسي. ويقرر ألبيرت إليس Ellis أن سلوك الفرد في موقف معين هو خليط من العقلانية واللاعقلانية في آن واحد، وذلك لأن الأفراد يسلكون في مواقف الحياة المختلفة وفقاً لما يدركون ويعتقدون نحو موقف معين، ولذلك فإن الاضطراب في الانفعالات ينتج عادة عن الاضطراب في الإدراك، وعدم منطقية التفكير.

وتقوم الدعائم النظرية للعلاج العقلاني الانفعالي على الفرض القائل إن التفكير والانفعال الإنساني ليسا بعمليات متباينتين أو مختلفتين، وإنما تتداخلان بصورة قوية.

والانفعالات الإنسانية الموجبة مثل مشاعر الحب أو الابتهاج غالباً ما ترتبط أو تنجم عن جمل تم استدخالها، ويصوغها الفرد في صورة مماثلة للعبارة «هذا حسن بالنسبة لي»، وأن الانفعالات الإنسانية السالبة مثل مشاعر الغضب أو الاكتئاب مرتبطة بجمل يصوغها الفرد في صورة مماثلة للعبارة «هذا سيء بالنسبة لي».

وبدون استخدام الكائن البشري الراشد - على مستوى شعورى أو لاشعورى - لمثل هذه الجمل التعميمية، فإن الكثير من انفعاله لن يكون له وجود. (عزيز حنا وآخرون، ١٩٩١).

ويقول ألبيرت إليس إن التفكير والانفعال عمليتان مختلطتان غير منفصلتين. فالتفكير يتكون من عناصر غير ذاتية، وهو موقف يتميز باللاتحيزية، أما الانفعال فهو موقف تحيزى تغلب عليه الذاتية في إدراك الأمور.

ويرى إليس أن ما هو «عقلاني» يمكن أن يصبح «انفعالي»، كما أن الانفعالات يمكن تحت ظروف معينة أن تصبح «فكرًا».

والقاعدة الأساسية في نظرية «العلاج العقلاني - الانفعالي» هي أن السلوك الانفعالي للفرد ينتج عن حوار داخلي، فيما يتولد داخلياً من أفكار في وجدان الفرد حول موضوع معين، هو الذي يكون مادة انفعالاته نحو هذا الموضوع. فالفرد يفكر بكلمات وجمل ذاتية، وما يكون لدى الفرد نفسه أثناء هذا الحوار الذاتي من مدركات وتصورات هو الذي يكون انفعالاته الخاصة، ويشكل سلوكه في الموقف.

ومن المعروف أن كل اضطراب انفعالي يبدأ من الداخل. فالجهد العلاجي لا بد وأن يبدأ بتغيير الأفكار والتصورات والإدراكات الذاتية الخاطئة والتي ينتج عنها الانفعالات السلبية والسلوك المضطرب. (فرج عبد القادر طه وآخرون، د.ت، عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٤).

ومن البحوث والدراسات التي أجريت في بعض البلاد العربية دراسة إبراهيم على إبراهيم (١٩٨٥) بعنوان: توافق الحياة الزوجية، ودراسة عبد اللطيف عمارة (١٩٨٥) التي أثبتت فاعلية العلاج العقلاني - الانفعالي في علاج الأفكار الخرافية لدى طلاب الجامعة. ودراسة محمد عبد العال الشيخ (١٩٨٦) والتي أثبتت فعالية العلاج العقلاني - الانفعالي في خفض مستوى قلق الامتحان. ومن الدراسات التي أجريت في بعض الدول العربية دراسة سليمان الريحاني (١٩٨٥، ١٩٨٧) في فعالية العلاج العقلاني الانفعالي. ومن أمثلة البحوث والدراسات المقارنة، بحث محمد عبد العال الشيخ (١٩٩٠) الذي توصل إلى نتائج من أهمها: أن المصريين أكثر قبولاً للأفكار اللاعقلانية من الأمريكيين، ويرجع ذلك إلى تأثير العوامل الثقافية وأساليب التنشئة الاجتماعية، التي يتعرض لها كل من الطالب الأمريكي والطالب المصري، وفي البحث ذاته وجد أن الأردنيين أكثر قبولاً للأفكار اللاعقلانية من المصريين، وذلك لاختلاف العوامل المؤثرة في عملية التنشئة الاجتماعية.

تعريف العلاج العقلاني، الانفعالي؛

هو أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي. ورائده هو ألبرت إليس Ellis . وهو علاج مباشر وتوجيهي يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته اللاعقلانية وتحويل معتقداته اللامعقولة التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي. (ألبرت إليس Ellis، ١٩٧٧).

شكل (٤٦) ألبرت إليس

أهداف العلاج العقلاني، الانفعالي؛

- يهدف العلاج العقلاني - الانفعالي إلى تحقيق ما يلي:
- * تحديد أسباب السلوك المضطرب من أفكار ومعتقدات غير منطقية.
- * مساعدة المريض في التعرف على أفكاره غير العقلانية التي تسبب سوء توافقه الاجتماعي.
- * تمكين المريض من الشك والاعتراض على أفكاره غير العقلانية.
- * زيادة اهتمام المريض بنفسه وتقبله لذاته، وتقبله للتفكير العلمي والمنطقي.
- * زيادة المرونة لدى المريض، ومحاربة الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، والخطئة لديه.
- * التخلص من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية بالإقناع العقلي المنطقي، وإعادة المريض إلى التفكير الواقعي، والتحكم في انفعالاته عقلاً.

نظرية A B C في العلاج العقلاني الانفعالي؛

يتعامل العلاج العقلاني الانفعالي مع المريض المشكل أو العصابي الذي توجد لديه أفكار لا عقلانية أو خرافية، تظهرها خبرة منشطة، وينتج عن نظام معتقداته نتيجة انفعالية، تظهر في شكل اضطراب انفعالي يتجلى في شكل سلوك مدمر للذات.

وقد بلور ألبرت إليس نظريته التي يقوم عليها العلاج العقلاني - الانفعالي وأطلق عليها اسم نظرية «A B C». (ألبيرت إليس Ellis، ١٩٧٧).

أما «A» فتعني Activating Experience ومعناها «الخبرة المنشطة»، وهي عادة حادث (Act) أو خبرة صادمة كطلاق أو رسوب أو وفاة «هنا والآن»، يتم إدراكها في مناخ غير عقلاني، وبذلك تكون الخبرة المنشطة خبرة لا عقلانية.

أما «B» فتعني Belief System ويقصد بها «نظام معتقدات» لا عقلاني مدمر للذات، وكل خبرة يوجد حولها جمل داخلية ومعتقدات منها معتقدات لا عقلانية تغمى الفرد.

أما «C» فتعني Consequence أي «النتيجة الانفعالية» التي يشعر بها الفرد نتيجة للخبرة، وتكون مناسبة لنظام المعتقدات. فإذا كان نظام المعتقدات لا عقلاني كانت النتيجة اضطراب انفعالي وخلل سلوكي كما في حالات القلق والاكتئاب.

مسلمات العلاج العقلاني، الانفعالي؛

يستند العلاج العقلاني - الانفعالي إلى عدة مسلمات تساهم في تفسير سلوك الإنسان، واضطرابه، ونقص سعادته، وفيما يلي هذه المسلمات.

* التفكير والانفعال جانبان لزاوية واحدة، وكلاهما يصاحب الآخر في التأثير والتأثر.

* يكون الإنسان عقلانياً، أو غير عقلاني أحياناً، وحين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يكون فعالاً وسعيداً، وحين يفكر ويسلك بطريقة غير عقلانية يكون غير كفاء وغير سعيد.

* ينشأ التفكير غير العقلاني من خلال التعليم المبكر غير المنطقي، حيث أن الفرد يكون مستعداً نفسياً لاكتساب التفكير غير العقلاني من الأسرة أو الثقافة أو البيئة.

* يتميز الإنسان بأنه يفكر دائماً، وأثناء التفكير يصاحبه الانفعال، وحيث

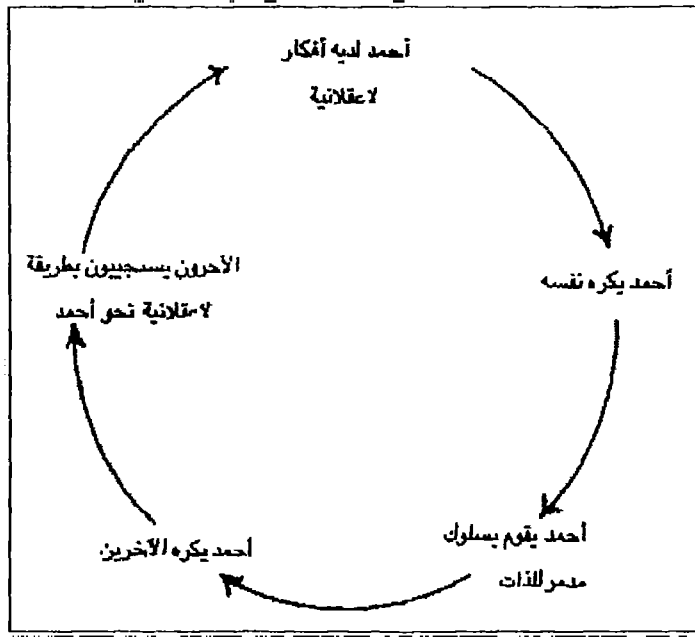
يوجد التفكير غير العقلاني، يوجد الاضطراب الانفعالي . (انظر شكل ٤٧).

* يؤثر التزمم الديني، وعدم التسامح، ومشاعر الدونية، والتفكير الخرافي بدرجة كبيرة في إحداث الاضطراب الانفعالي.

* ينشأ العصاب نتيجة للأفكار والمعتقدات اللاعقلانية واللامنطقية والخرافية.

* يجب أن تواجه وتهاجم الأفكار الخرافية والمعتقدات اللاعقلانية بالمعرفة والإدراك والتفكير العقلاني المنطقي.

(ألبرت إليس، ١٩٧٣).



شكل (٤٧) دائرة التفكير اللاعقلاني

فنيات العلاج العقلاني الانفعالي:

يستخدم العلاج العقلاني - الانفعالي فنيات رئيسية لتحقيق أهدافه

وهي:

فنيات خبرة انفعالية : Experiential Emotive Techniques

وهي الفنيات التي تتعرض لمشاعر المريض وأحاسيسه وردود فعله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة ، وخبراته السابقة خاصة ما يتعلق منها بمشكلاته.

فنيات سلوكية : Behaviouristic Techniques

وهي الفنيات التي تساعد على تخلص المريض من السلوك غير المرغوب أو تعديله وتغييره إلى سلوك مرغوب وتدعيمه.

فنيات معرفية : Cognitive Techniques

وهي الفنيات التي تساعد المريض على أن يغير أفكاره وطريقة تفكيره، غير العقلانية، وفلسفته غير المنطقية وغير العلمية، وأن يستبدل مكانها أفكاراً وطريقة تفكير عقلانية وفلسفة منطقية علمية.

فنيات أخرى:

وهي فنيات متعددة مثل: الدعاية والدعاية المضادة، والتشجيع والحث والإقناع، والتلقين والإيحاء والتعزيز، والتدريب التوكيدي فى المواقف الفعالة، والمواجهة الشخصية والتدعيمية، والتحصين التدريجي، والمواجهة المباشرة، والإشرطات الفعالة، وتعليم المنطق والسيبية، وأسلوب التفكير العلمى والاستدلالي، وقواعد السلوك الملائم، ولعب الأدوار، والمواجهة الدرامية والمرح من خلال المحاضرات والمناقشات الجماعية.

(ألبيرت إليس، ١٩٨٢).

ويضيف سليمان الريحانى وآخرون (١٩٨٩) أن المعالج العقلاني الانفعالي أمامه فرصة استخدام فنيات مثل:

- العلاج التعبيري - الانفعالي Expressive - emotive.

- العلاج بالمساندة النفسية Supportive.

- العلاج الاستبصارى - التأويلي Insight - interpretative.

ويذكر صلاح الدين عبدالقادر (١٩٩٩) فنيات أخرى، مثل:

- الواجبات المنزلية، حيث يكلف المريض ببعض الواجبات المنزلية للقراءة (علاج بالقراءة)، والقيام بأنشطة عقلية وانفعالية وسلوكية.
- التخيل العقلانى الانفعالى، حيث يتم التدريب على تغيير الانفعالات السالبة إلى موجبة، بتخيل حوار بين العقلانية وغير العقلانية.

إجراءات العلاج العقلانى، الانفعالى:

توجد أساليب عديدة للتحكم فى الانفعال، مثل: الوسائل الكهربائية والكيميائية، والفنيات الحسحركية، وأساليب الإقناع المنطقى والعقلانى، وفيما يلى خطوات عملية العلاج العقلانى الانفعالى:

* تحقيق علاقة طيبة مع المريض لكسب ثقته وجعله يتقبل المعالج، ويقتنع بكلامه ويحرص على العلاج ويستمر فيه.

* شرح المريض لأعراضه المرضية، واستجابته الشخصية لهذه الأعراض فى الماضى والحاضر، وعلاقتها بما يفعله الآن، وما يشعر به حالياً «هنا والآن»، ومساعدته على إبراز مشاعره وأفكاره الداخلية إلى حيز انتباهه وشعوره مع تحديد المعتقدات اللامعقولة والأفكار الخرافية والمعلومات الخاطئة.

* إظهار عدم منطقية وعدم عقلانية ما يقوله المريض لنفسه، وتأكيد المعالج لذلك، وتؤكد المريض من أن ذلك سبب اضطرابه ومرضه، ومن الممكن تغيير طريقة تفكيره.

* مهاجمة المعتقدات والأفكار غير العقلانية وغير المنطقية عن طريق «المجادلة» "Dispute"D حيث يتم دحض المعتقدات غير العقلانية بطريقتين:

- الدعاية المضادة والمعارضة المباشرة والمستمرة للخرافات والمعتقدات الخاطئة التى سبق أن تعلمها المريض والتى يحتفظ بها فى الوقت الحالى.

- الهجوم على المعتقدات اللامعقولة بالإقناع، وتحويلها من اللامعقول إلى المعقول عن طريق المعتقدات العقلانية والتفكير العلمي والمنطقي، وتشجيع المريض وإقناعه وحثه على عدم القيام بسلوك كان يقوم به سابقاً في ضوء الأفكار غير العقلانية أو الخرافية.

* استخدام فنيات أخرى مساعدة تؤدي إلى أن يعارض المريض أفكاره الخاطئة غير العقلانية ويكذبها، ويعيد صياغتها، ويعمل على إزالة وتقليل النتائج الانفعالية اللاعقلانية، ويتحكم عقلياً في انفعاله، ثم في سلوكه.

* استخدام الأساليب التعليمية النشطة المناسبة لتعليم المريض كيف يفكر بطريقة عقلانية ومنطقية وعلمية، واتباعه فلسفة عقلانية للحياة، وتجنب الأفكار والمعتقدات غير العقلانية.

* استخدام أشكال متنوعة من أساليب العلاج العقلاني - الانفعالي، مثل:

- التعليم العقلاني - الانفعالي.
- التدريب العقلاني - الانفعالي.
- السلوك العقلاني - الانفعالي.
- الاطلاع العقلاني - الانفعالي.
- المواجهة العقلانية.
- العلاج العقلاني - الانفعالي السماعي.

(ألبرت إليس Ellis، ١٩٧٤).

وهكذا يتم الحصول على «أثر» "E" Effect ذو شقين: أثر معرفي، وأثر سلوكي، حيث تصبح المعتقدات غير العقلانية معتقدات عقلانية، وتصبح النتائج غير العقلانية نتائج عقلانية، ويكون الأثر النهائي هو تحقيق الصحة النفسية. (حامد زهران، ١٩٩٧).

وهكذا يلاحظ أن إليس طور نظرية ABC لتصبح ABCDE، ويؤكد أن

أحد أهم فنيات العلاج هو تعلم نموذج ABCDE الذى يتلخص فى أن الأحداث النشطة (A) المؤسفة تؤدى إلى الانفعال والانزعاج بمعتقدات وأفكار (B) تسبب الاضطراب، ويجب تعلم مناقشتها وتفنيدها ودحضها (D) حتى يتم الوصول إلى سلوكيات جديدة وفعالة (E).

ومن التطورات التى شهدتها العلاج العقلانى - الانفعالى، إضافة فنيات العلاج السلوكى، لوجود تفاعل دينامى بين ما هو معرفى وما هو انفعالى وما هو سلوكى. وأصبح الاسم المستخدم هو «العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى» Rational Emotive Behavioural Therapy.

استخدامات العلاج العقلانى، الانفعالى؛

- تعدد استخدامات العلاج العقلانى - الانفعالى، وفيما يلى أهمها:
- * علاج مرضى العصاب (القلق، والخوف، والاكتئاب، والهستيريا).
- * علاج المضطربين سلوكياً . والجانحين، والسيكوباتيين، وحالات الإدمان.
- * حالات المشكلات الزوجية والأسرية، ومشكلات الشباب.
- (عبد اللطيف عمارة، ١٩٨٥).
- * حالات الخرافات الشائعة عن النمو النفسى. (إجلال سري، ١٩٨٤).

مزايا العلاج العقلانى، الانفعالى؛

- من أهم مزايا العلاج العقلانى - الانفعالى ما يلى:
- * مناسب لمجتمعنا حيث المعتقدات اللاعقلانية والأفكار الخرافية كثيرة.
- * يستخدم فنيات سهلة مبسطة مثل القدرة على الاقتراح والإقناع بما يناسب عقل ومنطق المريض وثقافته.

- * يسعى للكشف عن الأفكار الخرافية والمعتقدات اللاعقلانية التي تكمن وراء العصاب ومهاجمتها.
- * يسعى لتغيير فكرة المريض عن نفسه، وفحص ما يقوله لنفسه داخلياً، ويعدله، ويحل محله الفكرة الصحيحة.
- * يتعرض للأسئلة والجمل الموجودة داخل المريض، ويمكنه من التخلص منها.
- * يعتبر أسلوباً مثاليًا لتغيير المعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.
- * يحصن المريض ضد الأفكار غير العقلانية الأخرى التي يحتمل أن يتعرض لها مستقبلاً، ويكسبه أفكاراً عقلانية تحقق له السعادة .
(ألبيرت إليس، ١٩٨٢).

عيوب العلاج العقلاني، الانفعالي،

- من أهم عيوب العلاج العقلاني - الانفعالي ما يلي:
- * تعميم أفكار بذاتها على أنها لاعقلانية عبر كل الثقافات يتناقض مع الخصوصية الثقافية لكل مجتمع، بل مع الخصوصية الثقافية الفرعية داخل الثقافة الواحدة.
- * الادعاء بأن أفكاراً لاعقلانية هي لاعقلانية على نحو مطلق.
- * يعتبر نوعاً من غسيل المخ أو العلاج التسلطي.
- * يعد شكلاً إيحائياً ظاهرياً للعلاج النفسي، يخفق في الوصول إلى الأفكار والمشاعر اللاشعورية العميقة.
- * يؤثر فقط في إزالة الأعراض دون علاج الاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها المريض.
- * يتعامل بسطحية مع المرضى، ليتوافقوا مع مواقف الحياة البسيطة.
- * لا يصلح للاستخدام مع الأفراد ذوي الذكاء المحدود.

الفصل التاسع عشر

العلاج بالواقع

REALITY THERAPY

يعتبر العلاج بالواقع ثورة على التحليل النفسي أعلنها ويليام جلاسر Glasser سنة ١٩٦٥، حين ظهر كتابه «العلاج بالواقع» وحين أنشأ معهد العلاج بالواقع سنة ١٩٦٨ في لوس أنجلوس بأمريكا.

مفاهيم أساسية:

- يقوم العلاج بالواقع على ثلاثة مفاهيم أساسية يجب تعلمها، وهي:
 - * **الواقع: Reality:** وهو الخبرات الحقيقية، وهو ما ليس مثلاً أو خيلاً. ويتضمن تقبل السلوك ونتائجه، وتقبل الواقع وعدم إنكاره. ومن الأهداف الأساسية تنمية الواقع.
 - * **المسئولية: Responsibility:** وهي قدرة الفرد على إشباع حاجاته، وإنجاز ما يشعره بقيمة الذات، والقيام بالعمل الجاد (الجدية) والأمانة، والصدق، والنزاهة. ومن أهم الأهداف زيادة النضج والضمير الحي وتحمل المسئولية.
 - * **الصواب والخطأ: Right and Wrong:** وهو مبدأ أخلاقي هام يحدد السلوك السوي وغير السوي بهدف تحقيق حياة اجتماعية ناجحة.

مسلّمات أساسية:

- يستند العلاج بالواقع إلى مسلّمات أساسية أهمها:
 - * السلوك إما صحيح أو خطأ (حسب المعايير السلوكية).
 - * المشكلات جميعاً سببها نقص القدرة على إشباع الحاجات الأساسية، مما يؤدي إلى المعاناة.

* الحاجات الأساسية هي:

- الانتماء أو الاندماج مع شخص أساسى على الأقل (الوالدان، الأصدقاء، الزوج، الأولاد، الأحفاد... إلخ).
 - الحب و(المحبة).
 - الاحترام (والشخص الجدير بالاحترام هو الملتزم بالمعايير، والسلوك المعيارى، والأخلاقى والقيمى).
 - تقدير الذات (قيمة الذات) بالسلوك السوى.
 - الحاجات القسيولوجية.
- * العلاج جزء من العملية التربوية.

أسباب اضطراب السلوك:

من أهم أسباب اضطراب السلوك ما يلى:

- * خلل التنشئة الاجتماعية.
- * عجز الفرد أو فشله فى قيامه بأدواره الاجتماعية.
- * عدم إشباع الحاجات .
- * ارتفاع المعايير الأخلاقية للمريض بدرجة غير واقعية.
- * انخفاض الأداء (قصور فى الخلق والسلوك).
- * ضعف أو انعدام المسئولية (السلوك غير المسئول).
- * إنكار الواقع أو إخفاؤه (نقص الواقعية أو فقدان الاتصال بالواقع).

الأعراض:

من أهم أعراض اضطراب السلوك التى يمكن التغلب عليها باستخدام العلاج بالواقع ما يلى:

* نقص القدرة على إشباع الحاجات الأساسية.

* إنكار واقع العالم الحقيقي (من حول الشخص) (جزئياً أو كلياً). فالواقع مثلاً فيه قانون فيخرج عليه، والواقع ليس مليئاً بالمتآمرين على شخص ولكنه يدعى ذلك، والواقع يحتاج إلى مواجهة وحل مشكلات بدلاً من الاكتئاب أو الانتحار.

* ومن الأمثلة: الخوف (تشويه للواقع) ، والاكتئاب (هروب من الواقع)، والجناح (خروج على الواقع)، والفصام (إنكار للواقع)، وذهان الشيخوخة (عزلة عن الواقع)، والانحراف الجنسي (محاولة غير واقعية لإشباع حاجة الحب).

إجراءات عملية العلاج بالواقع:

هى فى جوهرها عملية تعليم وتعلم، من أهم محاورها إشباع الحاجات، وتلخص فيما يلى:

* إقامة علاقة علاجية إنسانية (شخص لشخص) (المعالج والمريض) أساسها الاندماج Involvement والاهتمام وقوامها الثقة والانفتاح والصدق والحقيقة.

* دراسة السلوك الحالى فى ضوء إدراك الواقع، والاعتراف بالواقع، والتعامل مع الواقع (تقبل العالم الحقيقي)، وفى إطار التركيز على الحاضر والعمل للمستقبل من الآن فصاعداً مع التركيز على الشعور.

* تقييم السلوك الحالى ومدى إشباعه للحاجات (فى ضوء المعايير)، تمهيداً لتغييره حتى يشبعها.

* تحديد احتمالات السلوك المشبع للحاجات.

* اختيار وتقرير السلوك المشبع للحاجات (فى العالم الحقيقي) والمحقق للهدف (فى إطار الواقع) بصورة ناجحة، والالتزام Commitment

(تعاهد علاجي) لعمل ما هو واقعي ومستوول، وصواب (واقعي متدرج).

* تقييم النتائج السلوكية لتنفيذ الالتزام.

* إثابة الذات على السلوك الملتزم (الصواب) ، وتصحيح الذات عند ارتكاب الخطأ، وتحسين السلوك إذا كان دون المعايير.

* المثابرة حتى يتحقق الهدف.

(شارلز تومسون وليندا رودولف Thompson & Rudolph، ١٩٨٣،

محمد الطيب، ١٩٨١).

هذا، ويستخدم العلاج بالواقع كعلاج فردي وكعلاج جماعي، ينمي روح المسئولية الفردية والجماعية كأساس للعلاج، ويؤكد على تعلم المرضى أفضل الطرق لإشباع حاجاتهم. (محمد عبدالعال الشيخ، ١٩٩٠).

فنيات العلاج بالواقع:

تتعدد فنيات العلاج بالواقع ومنها:

الاندماج:

تقوم هذه الفنية على الفهم الواعي، والتعامل بمسئولية مع المريض. وفي البداية يجب تقبل المريض بما هو عليه من مزايا وعيوب، وبمشاعره الإيجابية والسلبية، أي قبول المريض بواقعه الحالي.

مواجهة السلوك الشائع:

وهو إبلاغ المريض بسلوكياته غير المسئولة، حتى يمكن دفعه للقيام بسلوك أكثر مسئولية، وبالتالي لا بد من التعامل مع المريض بفهم وإدراك وإقناع، بحيث يتم مواجهته بحالته المرضية وسوء سلوكه حتى يستطيع أن يتخلى بمسئولية عن هذا السلوك.

تقييم السلوك:

يجب على المعالج أن يعلم المريض ويساعده على تقييم سلوكه، ونقد ذاته نقداً محايداً ليرى ما إذا كان هذا السلوك يعتبر الأمثال في تعامله مستقبلاً.

مسئولية السلوك الموجه:

يساعد المعالج المريض على تعلم الطرق الحديثة للتعلم، وذلك من خلال توجيه سلوك المريض في بعض المواقف التي تقابله ومن خلال تقديم العون والمشورة له حتى يتحمل المسئولية ويبدى تحسناً ملموساً في تناوله مشكلاته.

التمهد:

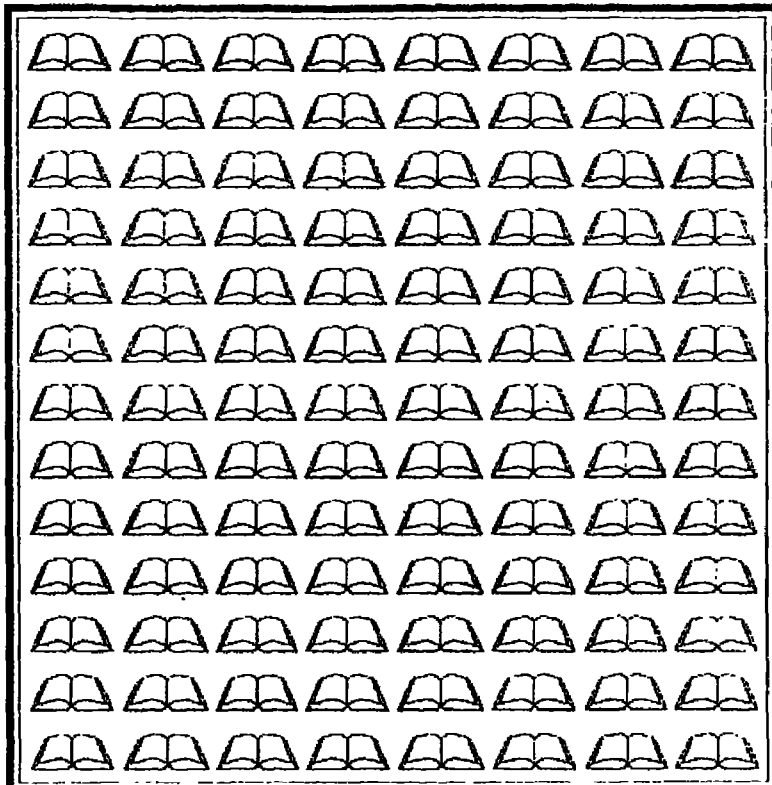
يقدم المريض تعهداً إلى المعالج بالكف عن السلوك غير المرغوب الذي يراه المعالج.

رفض الأعذار:

وهنا يرفض المعالج ولا يتقبل الأعذار التي يقدمها المريض مهما كانت الأسباب. فالمعالج الذي يقبل أعذار المريض ويتجاهل الواقع أو يسمح له بأن يعزى تعاسته الحالية إلى أحد الأفراد أو إلى الاضطراب الانفعالي، يجعل المريض يشعر بتحسن مؤقت لصالح التهرب من المسئولية.

تجنب العقاب:

يجب على المعالج عدم استخدام العقاب نهائياً حتى لا يعوق المريض عن تقييم سلوكه، وفي المقابل عليه أن يثبته إذا أدى واجبه والتزم بتعهداته بطريقة إيجابية. (محمد عبدالعال الشيخ، ١٩٩٠).



الفصل العشرون

العلاج بالقراءة

BIBLIOTHERAPY

تعريف:

يطلق عليه البعض «العلاج الكتبي» (عبد الرحمن عيسوي، ١٩٧٩).
والعلاج بالقراءة هو عملية تعلم يتم فيها استخدام مواد مكتوبة وأدبيات
للمساعدة في حل المشكلات وعلاج الاضطرابات النفسية.
وقد أكد ملاك جرجس (١٩٨٦) أهمية الكتب والمكتبة في علاج
الاضطرابات والأمراض النفسية.

القراءة لتحصيل المعلومات:

تستخدم القراءة في العلاج النفسي لتحصيل معلومات مطلوبة في عملية
العلاج. وعن طريق القراءة يمكن مثلاً إمداد المريض بمعلومات تفيد في
إرشاده المهني، وفي التربية الجنسية، والتربية الزوجية. وتستخدم القراءة
لتوفير الوقت في عملية العلاج، ويتحمل المريض عبء المسؤولية.
وعادة يختار المعالج مادة القراءة، ويقوم باستشارة المريض لقراءتها
واختيار الوقت المناسب لذلك، واستشارة دافعيته للقراءة. وتعتبر القراءة
بداية لتعليق ومناقشة، ووسيلة للتدريب على مهارات سلوكية مطلوبة في
عملية العلاج.

الوظيفة العلاجية للقراءة:

يفيد العلاج بالقراءة مع بعض المرضى وليس جميعهم، وأفضل المرضى
إفادة منه هم الأذكى، والمتقنون وهواة القراءة.

وأفضل مصادر القراءة المفيدة علاجياً: السير الشخصية ، والقصاص التي تتناول الخبرات البشرية المتنوعة مثل : الحياة الأسرية ، والحياة الاقتصادية ، والصراعات، والانفعالات ، والمشكلات. ومن أهم ما تفيد قراءته في العلاج بالقراءة قراءة الكتب السماوية كالقرآن والإنجيل والتوراة، حيث يأخذ منها المريض أفضل معايير السلوك . كذلك تفيد قراءة الكتب والكتيبات التي تتناول مشكلات النمو، ومشكلات الحياة اليومية ، ومشكلات التوافق. وكل هذه القراءات يربطها المريض بمشكلاته واضطراباته السلوكية.

ومن أفضل وسائل العلاج بالقراءة «الموديول» Module، وهو وحدة تعلم ذاتي مصغرة، تتناول موضوعاً واحداً، كمفهوم أو مهارة، تضم مجموعة من نشاطات التعلم والتدريب والتقييم، لكي تساعد المتعلم على أن يتعلم أهدافاً محددة، في زمن غير محدد، حيث يسير فيها بسرعه الذاتية. (محمد حامد زهران، ١٩٩٩).

ويفيد العلاج بالقراءة في جعل المريض أكثر ألفة ببعض المصطلحات المستخدمة في القياس النفسي، والتوافق النفسي والصحة النفسية... إلخ. ومن فوائد العلاج بالقراءة أيضاً أنه يستثير التفكير، فالأفكار التي يقرأها المريض تزيد وعيه بها. ومن فوائد القراءة أيضاً طمأننة المريض أن هناك الكثيرين غيره لديهم مشاعر مماثلة ومشكلات مماثلة لها حلول.

طريقة العلاج بالقراءة:

من الإجراءات المميزة لطريقة العلاج بالقراءة ما يلي:

✽ تحديد المادة التي يقرأها المريض، ويكون ذلك في ضوء أهداف عملية العلاج، ومع مراعاة عمره، وجنسه ، ومستوى فهمه، وتعليمه، وخبراته، وحاجاته، ومشكلاته، حتى يمكن أن يتوحد مع المادة المقروءة، وأن يستبصر، وأن ينمي أساليب جديدة لحل مشكلاته.

* معرفة الكتب والكتيبات والنشرات المطلوب قراءتها، وتحديد الأجزاء المطلوبة بما يتناسب مع مستوى فهم المريض وعمره وجنسه وخبراته وتعليمه، وهذه تختار من بين قوائم الكتب والكتيبات والنشرات المناسبة لدى المعالج.

* تقديم القراءة على أنها مقترحات وليست إلزاماً، مع زيادة دافعية المريض وتشجيعه على القراءة، وتأكيد الفائدة العلاجية للمادة المقروءة، وتوجيه المريض إلى الاعتدال وعدم الإسراف في القراءة.

* اللجوء إلى القراءة كعنصر علاجي في الوقت المناسب، وذلك بعد تقديم مناسب لفائدة القراءة وحين الحاجة إليها.

* مناقشة ما قرأه المريض والتأكد من استفادته مما قرأ، وإتاحة الفرصة للمريض لتوجيه أسئلة واستيضاح بعض النقاط، وتصحيح بعض المفاهيم والأفكار الخاطئة.

* إتاحة الفرصة لمزيد من القراءة، وذلك بتقديم قوائم مقترحة للقراءة من الكتب والكتيبات والنشرات المعدة خصيصاً لهذا الغرض، والتي يتبع في بعضها أسلوب إبراز بعض الفقرات، وهذه عادة تكون متوافرة في مكتبة العيادة النفسية أو في قاعة الانتظار. (انظر شكل ٤٨).

(محمد حامد زهران، ١٩٩٩).

مزايا العلاج بالقراءة:

من مزايا العلاج بالقراءة مايلي:

* يصلح لكل الأعمار، ولكل مستويات القدرة.

* يوفر الوقت في عملية العلاج النفسي.

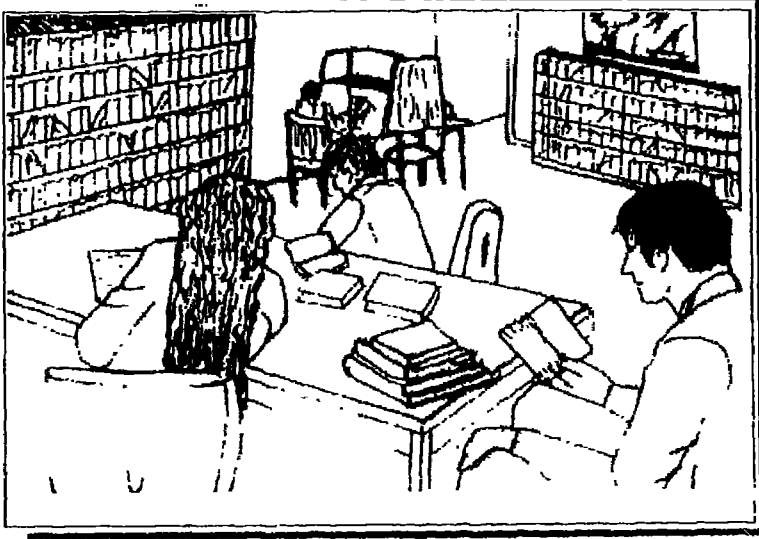
* يدمج المريض انفعالياً مع المادة المقروءة.

* ينمي رصيد المريض معرفياً.

* يفيد المريض تعليمياً، وخاصة إذا تلاه مناقشة جماعية.

موانع استخدام العلاج بالقراءة:

- لا ينصح باستخدام العلاج بالقراءة في الحالات الآتية:
- * المرضى الذين يبررون سلوكهم المضطرب عندما يقرؤون عن مثيله، والذين تزيد دفاعاتهم النفسية نتيجة لهذه القراءة.
 - * المرضى الذين يستعصون بالقراءة عن متابعة عملية العلاج ويعتقدون أن مشكلاتهم واضطراباتهم يمكن علاجها بالاكتفاء بالقراءة.
 - * المرضى الذين يعتبرون القراءة هي كل العلاج أو كل المطلوب لحل المشكلات وليست مجرد علاج مساعد.
 - * المرضى الذين لا يستفيدون عملياً مما يقرؤون.
 - * المرضى الذين يزداد قلقهم نتيجة للقراءة عن المشكلات الانفعالية والأمراض النفسية، فيرون أنفسهم في كل حالة يقرؤونها، ويظنون أن كل الأعراض المكتوبة توجد لديهم.
- (لورانس برامر وايفيرت شوستروم Brammer & Shostrom ، ١٩٧٧).



شكل (٤٨) العلاج بالقراءة

الفصل الحادى والعشرون

العلاج الجشталتي

GESTALT THERAPY

مقدمة:



شكل (٤٩) فريتز بيرلز

يرتبط اسم العلاج الجشталتي باسم رائده فريتز بيرلز Perls. ويركز العلاج الجشталتي على وعى الفرد بخبراته «هنا والآن» Here and Now .

ويشير فريتز بيرلز Perls (١٩٦١) إلى الفرد ككائن كلى. وهو يقول إن الفرد يصبح فى وضع أفضل عندما يهتم

بحواسه إلى جانب عقله. ومعنى هذا أن الجسم والمشاعر يعبران عن الحقيقة أكثر من الكلمات. والعلامات الجسمية مثل: الصداع وآلام المعدة قد تشير إلى أن الفرد يحتاج إلى تغيير فى سلوكه. ويعتقد فريتز بيرلز أن الوعى وحده له قيمة علاجية . وبالوعى الكامل ينمو تنظيم الذات، ويتحكم الشخص ككائن كلى فى سلوكه ويضبطه.

وتبعاً لنظرية الجشталتي فإن مركز الاهتمام هو أفكار ومشاعر الفرد الذى يخبرها فى الوقت الحاضر. والسلوك العادى الصحى يحدث عندما يسلك الفرد ككيان كلى. وبعض الأفراد يقسمون حياتهم ويوزعون انباههم وتركيزهم على متغيرات عديدة وأحداث كثيرة فى وقت واحد. ومثل هذا التقسيم فى نمط حياة الفرد غير فعال، حيث ينتج عنه انخفاض الإنتاجية. ونظرة الجشталتي إلى طبيعة البشر إيجابية، فالفرد قادر على تنظيم ذاته ويمكنه تحقيق وحدته وتكامله فى حياته.

ولقد مرّ العلاج الجشثالتى بخطوات كثيرة وعلى فترات. ففى عام ١٩٤٢ كانت البداية الأولى للعلاج الجشثالتى حين كتب بيرلز كتاباً بعنوان «الذات والجوع والعدوان : مراجعة لنظرية فرويد وأسلوبه»، وشمل أوجه النقد التى وجهها إلى التحليل النفسى، كذلك شمل الأفكار الأولى للعلاج الجشثالتى. وفى عام ١٩٥١ أصدر بيرلز وآخرون كتاباً بعنوان «العلاج الجشثالتى: الاستثارة والحيوية والنمو فى الشخصية الإنسانية». وفى سنة ١٩٦٩ أصدر بيرلز كتابه العلاج الجشثالتى Gestalt Therapy Verbatim الذى يشمل الكثير من التسجيلات: محاضراته، وعروضه، وورشه العلاجية وما تضمنته من أفكار، ومبادئ العلاج الجشثالتى وفنائه.

والعلاج الجشثالتى لم يبدأ من فراغ، فلقد استمد بعض أصوله وقوانينه من طرق العلاج الأخرى مثل: التحليل النفسى، والعلاج السلوكى، والعلاج المركز حول العميل. (بيتروفيسا وآخرون، Pictrofesa et al، ١٩٧٨، نبيل حافظ، ١٩٨١).

تعريف العلاج الجشثالتى:

هو طريقة تركز على مساعدة المريض على زيادة وعيه بذاته، وبالمجال الذى يعيش فيه، فتزداد صيغ حاجاته أشكالاً حيوية يعيها، ويعمل على تحقيقها، فيحقق ذاته ويستقر توازنه النفسى والحيوى.

وهو أيضاً اتجاهات علاجية دعمها علم النفس الإنسانى الذى يؤمن بقدوة الإنسان على تغيير نفسه، وتنمية شخصيته، وقلة خضوعه فى سلوكه للحتمية التى يؤمن بها التحليل النفسى، والسلوكية التقليدية. (نبيل حافظ، ١٩٨١).

الأساس النظرى للعلاج الجشثالتى:

يقوم العلاج الجشثالتى على أساس نظرية الجشثالت.

ومن أقطاب هذه النظرية كيرت ليفين Lewin صاحب نظرية المجال الذى يؤكد على العلاقة بين الفرد والمجال، ويرى أن السلوك دالة للمجال القائم (أى العوامل المتفاعلة المتعايشة التى تنتمى للشخص والبيئة، لحظة أو أثناء السلوك).

ويبدأ تحليل السلوك بالموقف ككل ثم يزداد نحو تمييز عناصره المكونة له. ويتصور الفرد جزء من مجال دينامى بحيث نجد أى تغيير يحدث فى جزء من ذلك الشخص أو ذلك المجال يتبدى فى النسق الذى يجمع الفرد بالمجال أو الجشثالت. وحقائق هذا المجال قد تكون موضوعية نستمدتها من دراسته، أو قد تكون شخصية نستمدتها من الفرد ذاته.

وقد أوضح ليفين أبعاد علاقة الشخص بالبيئة أو المجال وأكد أن البعد الزمانى يتمثل فى الماضى والحاضر والمستقبل من أبعاد علاقة الشخص بالبيئة أو المجال، إلا أنه ركز على «الحاضر» أو الحقائق المتعاصرة -Contemporary Facts باعتبارها الوحيدة التى تفسر السلوك.

وتحدث ليفين عن الحاجات وعن التوترات التى تنشأ نتيجة عدم إشباعها. وقسم ليفين حالات الحاجة إلى ثلاث هى:

- تكافؤ موجب: وينشأ عن حاجة مشروعة مثل الحاجة إلى الطعام والماء.

- تكافؤ محايد: وينشأ عن إشباع الحاجة .

- تكافؤ سلبى: وينشأ عن حاجة سالبة مثل الحاجة إلى الهروب من موقف مخيف.

وقد يتعرض سلوك الفرد فى إشباعه للحاجة لثلاث صور من الصراع: صراع الإقدام والإقدام، وصراع الإقدام والإحجام، وصراع الإحجام والإحجام.

نظرية الشخصية التى يقوم عليها العلاج الجشثالتى؛

ويقوم العلاج الجشثالتى على العديد من الافتراضات أهمها:

- * الفرد كيان كلى متكامل أجزاؤه (أى جسمه، وانفعالاته، وأفكاره، وإحساساته، وإدراكاته). ولا يمكن فهم أحدها منفصلة أو خارج الشخص ككل. والفرد أيضاً جزء من بيئة ولا يمكن فهمه منفصلاً عنها.
- * الفرد يختار كيف يستجيب للمثيرات الداخلية والخارجية، وسلوكه فعل أكثر منه رد فعل. وهو قادر على الاختيار، واتخاذ القرار لأنه يملك الوعى بإحساسه وأفكاره، وانفعالاته، وإدراكاته.
- * الفرد لديه القدرة على التحكم فى حياته بفعالية.
- * الفرد لا يستطيع أن يخبر الماضى أو المستقبل، وهو يستطيع أن يخبر نفسه فى الحاضر «هنا - والآن» .
- * الفرد أساساً ليس حسناً ولا رديئاً ، أو ليس خيراً أو شريراً.

يضاف إلى ذلك أن القوى الدافعة لنمو الشخصية فى إطار العلاج الجشتالتى هى تحقيق الذات actualization Self (فى الحاضر)، أى أن التمرکز هنا على الحاضر edPresent - Centr والتركيز على (هنا - والآن) Here and Now .

وحيث ينمو الطفل فإن أول ما يكتشفه هو العالم خارج نفسه، ويكتشف أن هناك مكان يقف عنده وتبدأ بيئته. وخلال عملية النمو يتعلم التفرقة بين «أنا» و «هم» ، ويطلق بيرلز Perls على هذا المصطلح « حد الأنا » Ego-boundary. وحد الأنا يتميز عن طريق التوحد والاعتراب. والتوحد مع الأسرة أو الجماعة ينتج عنه شعور بالتماسك. والحب فى إطار حد الأنا. والاعتراب - وهو القطب المقابل - يحدث معه شعور بالغرابة والصراع، وينتج عنه إدراك ما يحتمل تهديداً. وخلال عملية نمو الشخصية تتكون الذات وصورة الذات. والذات هى واقع الفرد. وصورة الذات هى إدراك الفرد لذاته وإدراك الآخرين له. والإحباط يعتبر عنصراً موجباً فى نمو الذات، فبدون الإحباطات لا يكون لدى الفرد حاجة للحركة، والسعى شخصياً. ويلاحظ أن نقص تطابق صورة الذات مع الذات ينتج توتر الفرد.

وتأثر جولدشتين Coldstien بنظرية الجشثالت وحاول تطبيقها فى مجال الشخصية. وهو الذى اقترن اسمه بالنظرية العضوية التى تبدأ بالنظر إلى الإنسان ككل ثم تنطلق نحو تمييز مكوناته. بيد أن هذا لا يعنى فصله عن الكل الذى يضمه، وإنما معناه بحثه فى إطار هذا الكل. ولذا فالشخص - فى النظرية العضوية - وحدة كلية عضوية متكاملة، وأى تفكك فى هذه الوحدة يعنى المرض.

والنظرية العضوية تقسم سلوك الفرد - مع تسليمها بأنه وحدة كلية - إلى ثلاثة أنماط:

= الأداءات: Performances وهى أنشطة إرادية تنبع من الخبرة الواعية.

= الاتجاهات: Attitudes وهى خبرات داخلية ومشاعر وانفعالات.

= العمليات: Processes وهى وظائف جسمية.

ويقول جولدشتين إن الفرد له حاجاته التى يستهدف إشباعها من البيئة التى يعيش فيها وهو فى سبيل تحقيق هذا الهدف يقوم بالعمليات الآتية:

* **عملية الموازنة أو المعادلة:** Equalisation processes وهى أنظمة تستهدف خفض التوتر لكى تجعل الفرد فى حالة اتزان.

* **عمليات التوافق مع البيئة:** ويقصد بها العمليات التى تستهدف حصول الفرد على ما يريد لإشباع حاجاته.

* **عملية تحقيق الذات:** Self - actualization وتحقيق الذات هو الحافز المسيطر الذى يعمل لخدمة سائر الحوافز، كما أنه يمثل الاتجاه الخلاق فى الطبيعة الإنسانية الذى يجعل الفرد يحرر إمكاناته فى مجال الواقع الفعلى لكى يتكرر ويدع.

وعملية إشباع حاجة ما تأخذ شكلا ضروريا وهاما أمام الفرد باعتبارها تحدث فى إطار تحقيق الذات، ويعتبرها جولدشتين التنظيم الأولى للوظائف الحيوية يأخذ صورة الشكل والأرضية، وتقسيم الشكل إلى أشكال:

- طبيعية: Natural تتميز بالترتيب الشخصى والمرونة.

- غير طبيعية: Unnatural وهى أشكال مفروضة وتتميز بالجمود.
 - واستمد فريتز بيرلز Perls أفكاره الرئيسية من علم نفس الجشتالت فى أسلوبه العلاجى وهى:
 - علاقة الشكل بالأرضية.
 - أهمية تفسير تماسك الشكل أو انقسامه فى إطار السياق الكلى للموقف العقلى.
 - الكلى الهيكلى المحدد.
 - القوة التنظيمية الفعالة للكليات ذات الدلالة والميل الطبيعى تجاه البساطة.
 - ميل المواقف غير المستكملة إلى الاستكمال.
- ومعنى ذلك أن الفرد حينما يكون بصدد إشباع حاجة فإنها تحتل مركز الشكل بالنسبة لانتباهه بينما تتوارى سائر الحاجات فى أرضية هذا الانتباه. وبروز الحاجة يسبب لدى الفرد التوتر ويعبئ طاقاته حتى تشبع، وهنا يزول التوتر ويعود الاتزان الحيوى الذى يعتبره بيرلز نوعا من التنظيم الذاتى، ثم تنشأ حاجة جديدة تحتل بؤرة الشعور كشكل... وهكذا. وزيادة وسلاسة تكوين الصيغ الإدراكية للحاجات لدى الفرد وتحطمها لتحل محلها أخرى، يعد دليلا على التوافق، وهو أمر يتطلب من الفرد التركيز على الحاضر.
- ومن عوامل إعاقة تكوين الجشتالت ما يلى:
- * ضعف الاتصال الإدراكى بالجسم والبيئة الخارجية بسبب عمليات: الامتزاج غير المميز، والإسقاط، والاستدماج، والارتداد نحو الذات.
 - * انغلاق التعبير الطليق عن الحاجات أو الهروب من مواجهة الذات، وذلك لتأثير جمود الفكر، واضطراب لغة الفرد فى تعبيره عن ذاته، واستخدامه لضمائر الغائب «هو، هي» بدلا من ضمائر المتكلم «أنا»، والمخاطب «أنت» هروبا من مواجهة الذات، ومواجهة الآخرين.
 - * الكبت الذى يعوق تكوين الجشتالت الحسن المعبر عن إشباع الحاجة،

وهو كبت يتمثل فى انقباض عضلى يكف الانفعال ويعوق فاعلية الفرد فى الاتصال والعمل.

ويشير فريتز بيرلز إلى مستويين لاستكمال الجشثالت، ويعتبرهما أساسيان بالنسبة للعلاج الجشثالتى، وهما:

= استكمال جشثالت الشخص أو الكلية: Wholeness الذى يمكن تحقيقه من ثنايا تحقيق الذات، وهو أمر يتم بعد أن تستعاد الأجزاء المنفصلة - بالوعى - إلى الشخصية.

= استكمال الجشثالت السلوكى Behavioural Gestalt وتعبّر عنه الكلية التى تنأتى فى ثنايا استكمال المهام التى يتعين على الفرد استكمالها بهدف تسوية الأمور المتعلقة فى حياة الفرد النفسية حتى تلك الآتية من الماضى البعيد.

ويلاحظ أن بيرلز يؤكد أن الفرد مسئول عن نفسه وعن أفعاله فى حالة السوية واللاسوية.

أهداف العلاج الجشثالتى:

يهدف العلاج الجشثالتى إلى تكامل الفرد، وتجميع الأجزاء التى يستنكرها وينظمها، ويحقق زيادة وعى الفرد. فبالوعى يعمل الفرد فى ضوء مبدأ الجشثالت الصحى، ويعى الموقف غير المكتمل، ويتعامل معه.

ويهدف العلاج الجشثالتى إلى تنمية وعى الفرد دون أن يشته مشيرات البيئة المتعددة. كما يهدف إلى جعل الفرد يخبر حاجاته والبدائل البيئية، ويخبر صراعاته الداخلية وإحباطاته.

ويهدف العلاج الجشثالتى إلى تنمية المسئولية الشخصية واستجابة الفرد لبيئته.

المفاهيم الأساسية فى العلاج الجشثالتى:

هناك العديد من المفاهيم والمصطلحات الأساسية فى العلاج الجشثالتى، وهى كما يلي:

* **الكلية: Wholism** يعتبر علماء الجشتالت السلوك، سلوك كلى كتلى يتفاعل مع مجال يدركه الفرد كمجال كلى بصيغة معينة. ويقول بيرلز إن الفرد وحدة واحدة تجمع التفكير، والانفعال، والأداء، والجسم، وتتفاعل مع المجال مكونة وحدة أكبر. والكلية لها جانبان: كلية الفرد، وكلية الفرد فى المجال.

* **الوظيفية: Functionalism** يقول بيرلز إن الإنسان له حاجات معينة تستهدف إشباعها حتى يسير نموه عاديا، ويحقق ذاته. أما إذا لم تشبع هذه الحاجات فإن التوتر يسود سلوك الفرد، ويتنابه أنواع أخرى من الاضطرابات الجسمية والنفسية بسبب افتقاره إلى الاتزان الحيوى الذى ينتج عن تنظيم الفرد لذاته، بحيث يحقق وجوده هو، ولايحاول أن يكون شيئاً آخر.

* **الطبيعية: Naturalism** يقول بيرلز إنه لن يتحقق مايسمى بالتنظيم العضوى الذاتى Organismic Self- regulation الذى هو الطريق إلى الاتزان الحيوى إلا من خلال الأداء الحر Free Functioning للوظائف الحيوية للفرد. ومن هنا اعتقد بيرلز أن النظرة الجشتالتية هى الأسلوب الأصيل الطبيعى للحياة الذى لم يلحقه التشويه، كما دعا كذلك إلى التركيز على الخبرة الحية.

* **الظاهرياتية: Phenomenology** الظاهرياتية منهج معروف أساسه العودة إلى الأشياء نفسها، أو البحث المباشر فى الظواهر كما يخبرها الوعى بتحرر كامل من أى مفاهيم أو نظريات مفسرة مسبقة. ويرى بعض العلماء أن العلاج الجشتالتى ظاهرياتى. ومن هنا يقول العلماء إن الفرد يعيش فى عالمين متفاعلين: عالم داخلى هو: مشاعره، وأفكاره، وأحاسيسه، وتطلعاته، وعالم خارجى يتصل بالحواس ويؤثر فيها ويتأثر بها. وحين أتى العلاج الجشتالتى كانت نظرتة أبعده وأعمق من هذا حيث وجهنا مباشرة إلى داخل الفرد، نتلمس معوقات وعيه بذاته، وجعل وسيلتنا لهذا هو الفرد ذاته.

• **التقارب:** Proximity يشير إلى أن المسافة بين مثير وآخر تؤثر على كيفية إدراك المثير. فكلما تقاربت المثيرات كلما قربت العلاقة بينها فى إدراكها. فإذا سر الفرد بأكل قطعة من الحلوى فإن السرور والحلوى يرتبطان ببعضهما فى إدراك الفرد.

• **التشابه:** ويشير إلى أن المثيرات المتشابهة تجتمع معا فى مجال إدراكى واحد. والفرد يبحث عن التماثل أو التشابه لينظم المثيرات المختلفة التى تقع فى مجال إدراكه.

• **المجال الإدراكى:** أى ما يدركه الفرد وحدوده. وكلمة جشثالتى تعنى الكل، فالإنسان يحاول دائما تنظيم المثيرات فى شكل كليات، حيث أن أجزاء أى شىء لامتعى لها فى حد ذاتها وتكتسب معناها ككل. فالفرد حين ينظر إلى شكل يتكون من خطوط متقطعة فإنه يكون منه صورة عقلية متكاملة للشكل الذى يمثله، وهذا هو قانون الإغلاق Closure. فالإغلاق له تطبيقات علاجية حيث يميل الفرد إلى «إكمال الخبرات غير المكتملة».

والفرد لا يستجيب لكل مثير فى مجاله الإدراكى، ولكن الذى يستجيب له هو ما يتعلق بمستوى وعيه. فمثلا نجد أن الفرد حين يجلس ويكتب فإنه يكون واعيا بدرجة محددة وفى شىء من الغموض بما يحيط به مثل الكرسي الذى يجلس عليه والقلم الذى يسكه والغرفة التى يجلس فيها. والشىء الذى يعيه فى هذه اللحظة «الآن» هو تنظيم الأفكار وكتابتها على الورق. وإذا شعر الفرد بالتعب فإنه يبدأ فى الوعى بوجع ظهره، وأنه محتاج إلى قح من القهوة يجدد النشاط. وهذا المثال يعبر عن مبدأ الشكل والأرضية Figure - Ground فى سيكلوجية الجشثالت. فالشكل وهو أهم ما يكون فى الوعى هو الأفكار وكتابتها. أما الأرضية أو الخلفية Background فهى البيئة المحيطة بالفرد، ومعدات القهوة. وعندما تحول الوعى إلى عمل القهوة انغلق جشثالت التفكير والكتابة ويكون جشثالت جديد أصبحت

القهوة فيه تحتل الشكل، والكتابة تحتل الخلفية. وهكذا فإن الشيء الواحد يصبح أحيانا مهما وأحيانا أخرى غير مهم. وفى أى وقت يصبح المجال الإدراكى للفرد حسب حاجاته وما يشبعها. ومستوى الوعى (الدائم التغير) يضع حدود المجال الإدراكى. (جون بيتر وفيسا وآخرون. Pietrofesa et al. ١٩٧٨).

والشخص الصحيح نفسيا يركز بحدّة على حاجة واحدة «الشكل» فى المرة الواحدة، ويجعل باقى الحاجات فى «الخلفية». وعندما يشبع الحاجة أو عندما يغلق الجشتالت أو يكمل يزاح إلى الخلفية، وتوضع حاجة أخرى فى البؤرة وتصبح «الشكل». وتبادل المواقع بين الشكل والخلفية بطريقة يسيرة تميز الشخص الصحيح نفسيا. والحاجة الملحة للفرد فى أى وقت تصبح هى «الشكل» الرئيسى، وتتوارى الحاجة الأخرى مؤقتا على الأقل فى الخلفية لكى يتحرك إلى حاجات أخرى يجب أن يكون قادرا على تحديد حاجاته، ويجب أن يعرف مصادر إشباعها فى البيئة.

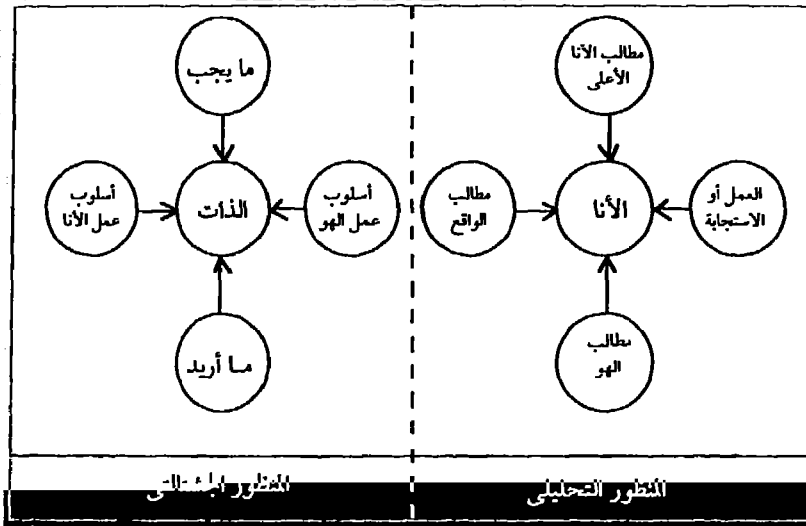
المرض من المنظور الجشتالتى؛

يعرف فريتز بيرلز Perls المرض بأنه محاولة الانتباه إلى حالات كثيرة ومتعددة فى وقت واحد. كما عرف الشخص العصابى بأنه هو: الشخص الذى يحاول الانتباه إلى حاجات كثيرة ومتعددة مما ينتج عنه فشل إشباع أى منها.

والشخص العصابى أيضا يحاول جعل الآخرين يعملون له مالم يعمل هو لنفسه. وبدلا من أن يسير هو حياته يعتمد على الآخرين فى إشباع حاجاته.

إن الفرد يضيف لنفسه مشكلات حين لا يتناول أمور حياته بطريقة مناسبة، وتحدث مشكلات لسبب أو أكثر مما يلى:

- * قصور الاتصال بالبيئة: فالفرد يصبح جامدا حين يفصل نفسه عن الآخرين أو عن مصادر البيئة.
- * الاندماج الزائد مع الآخرين أو مع البيئة.
- * الحرمان: حيث لا يستطيع الفرد إشباع حاجاته أو التعبير عن مشاعره.
- * التجزئ: أى تجزئ حياة الفرد.
- * التقسيم: حيث قد يقسم الفرد شخصيته بين «ما يجب أن يفعل» (الطرف الأعلى)، «وما يريد أن يفعل» (الطرف الأدنى). (انظر شكل ٥٠).
- * التناقضات: كما يحدث بين الجسم والعقل، والذات والعالم الخارجي، والانفعال والواقع، والطفولى والراشد، والحيوى والثقافى، والشخصى والاجتماعى، والحب والكره، واللاشعور والشعور، واللذة والألم، وما يجب أن يفعل وما يريد أن يفعل، ويحتاج الأمر إلى حل الصراعات بين هذه المتناقضات.



شكل (٥٠) الشخصية وأساليبها فى العمل

مبادئ العلاج الجشتالتى:

للعلاج الجشتالتى مبادئ تقوم عليها العملية العلاجية. ومن أهم المبادئ ما يلى:

مبدأ الآن Now:

يحتل الحاضر المركز الرئيسى فى عملية العلاج الجشتالتى، أى التحدث بصيغة الحاضر Present Tense الذى يعنى وصف المريض لخبراته (مشاعره، وأفكاره) الآن، وسرد ذكريات الماضى بكل مشاعرها الانفعالية الآن وبصيغة الحاضر كما لو كانت تحدث الآن أثناء الجلسة، وذلك عن طريق تمثيل أحداث هذه الخبرة على الكرسى الفارغ Empty Chair، ونفس الشئ بالنسبة لمخاوف المستقبل أو توقعاته القلقة. وهذا المبدأ يمكن أن يسهم فى وحدة الخبرة الحسية للمريض.

أنا وأنت: I and Thou

إن التركيز على حاضر المريض الآن ومبدأ «أنا وأنت» يضعه «هنا» Here. وهكذا يستند العلاج الجشتالتى إلى دعامتين: هنا والآن، دون تجنب أو تحاشى، سواء أخذ هذا التجنب شكلا لغويا بالحديث بلغة الغائب أو شكلا حسيا بالاتجاه أثناء الحديث إلى الخارج دون إمعان النظر فى الآخر الموجود بالجلسة سواء كان معالجا أو عضوا فى الجماعة العلاجية، أو شكلا انفعاليا بعدم إفراغ الشحنة الانفعالية لما تمثله أو يحييه من خبرات داخل الجلسة العلاجية. ومن هنا نجد أن العلاقة بين المعالج المريض: تتمثل فى «أنا وأنت، هنا والآن».

استخدام متصل الوعى: Use of the Awareness Continuum

يمثل استخدام متصل الوعى «الكيف» How أى كيف الخبرة. ويتمثل فى: التركيز على الأحاسيس، والمشاعر، والانفعالات، والاستجابات المستمدة من خبرة الفرد بذاته وبالبيئة. وهو مثال حى من التواجد فى الآن والتأمل

الذاتى هربا من التفكير والاستدماج والتفسير والتلفظ عملا. يقول بيرلز «دع عقلك ونحه جانبا واتجه إلى حواسك». وهذا أَدعى به أن يبعد المريض عن التركيز على «السبب» why لما يحدث له، والتركيز على «الماهية» what كخبرة بحياتها، «وكيفه» how كما يشعر به، وذلك باعتبار العلاج الجشتالتى خبري Experiential يركز على خبرة المريض كما يعيها، وبذلك يرد له أصالته ومرونته اللتين أعاقتهما ذكريات الماضى وتوقعات المستقبل بكل ما يقترن بهما من تفكير وتفسير يبعد الفرد عن خبرته الحية .

استخدام الجمل بدلا من الأسئلة:

غالبا ما يرفض المعالج الجشتالتى الإجابة عن أسئلة المريض لأنها تعبر إما عن كسله فى الحصول على المعلومات المطلوبة بنفسه أو رغبته فى الاعتماد على الآخرين بدلا من أن يعتمد على نفسه، الأمر الذى يعوق مسيرة نموه. ولذا غالبا ما يطلب المعالج الجشتالتى من المريض أن يحول الجمل الاستفهامية التى يسألها إلى جمل خبرية Statements شريطة أن تصاغ فى الأسلوب المباشر للخبرة الحية. أما إذا كان التساؤل يعبر عن نقص حقيقى فى معلومات المريض، وتخدم الإجابة عنه بالفعل التقدم نحو العلاج، فإن المعالج لا يتردد فى الإجابة عنه بالفعل. وهذه الطريقة تساعد المريض فى التعبير الإيجابى عن أفكاره ومشاعره. فمثلا بدلا من أن يقول: «ألا تظن أننى يجب أن أحسن العلاقة بينى وبين زوجتى؟» يقول: «أظن أننى يجب أن أحسن العلاقة بينى وبين زوجتى».

أشكال العلاج الجشتالتى:

يوجد ثلاثة أشكال للعلاج الجشتالتى وهى:

- العلاج الفردى.
- العلاج الجماعى.
- العلاج الذاتى.

العلاج الجشتالتى الفردى:

يقوم العلاج الجشتالتى الفردى على أسس علاجية هي:

- العلاقة العلاجية.
- التركيز على الحاضر.
- تجنب التشخيص.
- تنمية اعتماد المريض على نفسه ومساهمته الفعالة في العلاج. وتمارس هذه فى العيادات النفسية والمعاهد المتخصصة. كذلك يمارس العلاج الجشتالتى الفردى فى حالات الضرورة القصوى.

العلاج الجشتالتى الجماعى:

يعتبر العلاج الجشتالتى الجماعى أكثر فعالية وأكثر اقتصادا من العلاج الفردى.

واستخدم بيرلز أسلوب الورشة العلاجى كصورة تجمع بين العلاج الفردى والعلاج الجماعى، تتمثل فى مواجهة المعالج بالمريض داخل الجماعة.

ويقوم هذا الأسلوب على المواجهة بين المعالج والمريض لكى يواجه بنفسه ما يقلقه أو ما يخيفه. وتحتاج هذه المواجهة إلى المصارحة مع المريض. وتتم المواجهة الصريحة بين المعالج والمريض فى إطار الجماعة التى ترقب ما يحدث بينهما من تفاعل دون أن تشترك فيه مالم يأذن المعالج بذلك حسبما يقتضى تطور الموقف العلاجى. وعندما يواجه المريض ذاته بما فيها من خبرات مؤلمة فإن ذلك يجعله فى النهاية يركز على ذاته ويتحمل معاناة هذه المواجهة من أجل النمو.

العلاج الجشتالتى الذاتى:

يقوم هذا النوع من العلاج على ملاحظة الذات باعتبارها المدخل للوعى

بالذات، يكمل أبعادها السارة والمؤلة المقبولة وغير المقبولة، تمهيدا للعمل على إزالة العقبات التى تحول دون نموها. ولا يلغى اعتماد الفرد على نفسه فى ملاحظة ذاته والوعى بها وتغييرها استعانتة بالمعالج النفسى كمستشار وموجه، وإنما يقصد بالعلاج الذاتى ما يلى:

* أن يعتمد الفرد على نفسه بصورة أكبر من اعتماده على المعالج الذى يستمد منه المقترحات والتجارب، ثم يجربها ويعبر عن ما استفاده منها.
* أن يمتد مجال العلاج من العيادة أو المؤسسة العلاجية إلى حياته العملية فى المنزل والعمل، وفى هذا توسعة ل نطاق العلاج كعلاج مستمر مع الفرد طول حياته.

ومن الوسائل المستخدمة فى العلاج الجشتالتى الذاتى ما يلى:

- الوعى بالحاضر عن طريق التركيز.

- التأمل الذاتى.

- المذكرات اليومية.

- كتابة السيرة الذاتية.

- معالجة الأحلام.

أساليب العلاج الجشتالتى:

العلاج الجشتالتى علاج نشط، وهو علاج يهتم بخبرات الفرد «الآن». فالماضى ذكري، والمستقبل خيال، وأهميتهما ترجع إلى حال إدراكهما فى الحاضر. ويتضمن العلاج الجشتالتى «استرجاع Retrieving» ما استكره المريض بأن يجعله يخبره، كما يوجد جزءاً جزءاً Splits. وأحد الأجزاء يسميه بيرلز «ما يجب» (الطرف الأعلى Top Dog)، «وما أريد» (الطرف الأدنى Under Dog). وهذان يمكن وجودهما معا فى شخصية واحدة.

ويتعين على المعالج القيام بتمثيل Acting Out الأعراض المرضية للفرد

ليعيها بنفسه، لأن هذا الوعي أدعى إلى اعتماده على نفسه. ويرفض بيرلز قيام المعالج بتفسير الأعراض المرضية، والبحث فى ماضى المرض، وينادى بالتركيز على الحاضر وتنظيم الفرد لعلاقته بالبيئة بمعرفته هو.

وهكذا نرى أن دور المعالج الجشتالتى هو تيسير وعى المريض فى الوقت الحاضر «الآن». والوعى هو: القدرة على التركيز والانتباه «هنا والآن». ويتدخل المعالج الجشتالتى ليوقف أى محاولة من جانب المريض للانتباه وتركيز وعيه بعيدا عن «هنا والآن»، فالرجوع إلى الماضى، والقفز إلى المستقبل يتم وفقها، وإذا سمح بالإشارة إليهما فليكن بالنسبة للحاضر المباشر.

ومن أهم أساليب العلاج الجشتالتى ما يلى:

لغة «أنا»: "I" Language

وتعبر عن الدلالة اللغوية للشعور بالمسئولية والارتباط وهو تحمل الفرد مسئولية قوله وفعله وشعوره، وأنه يعنى ذاته ويلتفت إلى أشياء فى حياته قد تبدو للوهلة الأولى تافهة ولكن لها دلالة عميقة فى حياته هو.

وفى هذا الأسلوب يشجع استخدام كلمة «أنا» بدلا من استخدام كلمة «أنت» أو «هو» أو «هم». فمثلا «أنت» تعرف كم هو صعب حين ترسب فى مادة الرياضيات. فعندما يستخدم «أنا» بدلا من «أنت» يصبح الكلام كالاتى: «أنا أعرف كم هو صعب حين أرسب فى مادة الرياضيات». وهذا يساعد فى تحمل مسئولية الفرد عن مشاعره وأفكاره وسلوكه.

استخدام «لا أريد» بدلا من «لا أستطيع»:

Substituting Won't for Can't

مثال ذلك «أنا لا أريد» أن أصبح مهندسا، بدلا من «أنا لا أستطيع» أن أكون مهندسا.

استخدام «ماذا» بدلا من «لماذا»:

Substituting What for Why

مثلا «ماذا تفعل بقدميك حين تهزها عندما تتكلم عن سلوكك؟» بدلا من «لماذا تهز قدميك عندما تتحدث عن سلوكك».

الجمل الناقصة: Incomplete Sentences

وهذا يعتبر بمثابة تمرين أو تدريب لمساعدة المريض ليصبح على وعى بما ينفعه أو يضره. ومثال ذلك «أنا أساعد نفسى عندما...» أو «أنا أضرب نفسى عندما...».

تمارين الحوار: Games of Dialogue

وتتمثل فى إجراء الحوار بين جوانب الشخصية الفردية موضع المشكلة التى تسمى القطبية Polarities، مثل الحوار بين الطرف المسيطر والأمر Top Dog «ما يجب» الذى يشبه الضمير، والجانب الخاضع والمأمور، «ما أريد» Under Dog الذى يمثل الفرد، كذلك تستخدم فى معالجة أحداث الحلم وشخصياته.

ومن طرق تحقيق الوعى بالتنصاع بين جوانب الشخصية أسلوب الكرسيين Two Chair Technique الذى يستخدم بكثرة فى العلاج الجشثالتى. وفيه يجلس المريض على الكرسي ويلعب «ما يجب» (الطرف الأعلى) متحدثا إلى «ما أريد» (الطرف الأدنى). ثم ينتقل إلى الكرسي الآخر ويستجيب بصفته «ما أريد» (الطرف الأدنى لـ «ما يجب» (الطرف الأعلى) الجالس فى الكرسي الآخر. وهذا الأسلوب يستخدم أيضا فى حل الصراعات القائمة أو التى تعتبر جشثالت غير مغلقة. ولكى يصبح الفرد على وعى بما يحدث الآن فقد يكون من الضرورى إنهاء الاهتمام ببعض الخبرات التى حدثت فى الماضى، وإعادة توجيه طاقته إلى الحاضر. فمثلا حزن امرأة على وفاة والديها ولكنها لم تعبر عن مشاعر حزنها لفظيا، وهنا فى هذا المثال قد تدعى لاكمال الجشثالت بوضع والدها فى الكرسي الخالى للتعبير عن مشاعرها، وإكمال ما لم يكمل.

والسلوك غير اللفظى مهم فى العلاج الجشثالتى فى مقابل ما يقال

كتأكيد على ما يقال، فإذا قالت مريضة «إنها مرتاحة ولكن يداها متيبستان»، فإن المعالج يواجه هذا التناقض وعدم التطابق.

معالجة المهمة التى لم تتم: Unfinished Business

وهى تسوية الانفعالات المكبوتة وراء درع الجسم أو الشخصية مثل: القلق بالتركيز على الوعى بها والإفصاح عن محتواها، وتمثل أطرافها بالمواجهة والتخيل، ولعب الأدوار المختلفة.

معالجة التقيض: Reversals

من المعروف أن الشخصية مليئة بالمتناقضات التى قد ترتبط ببعضها أكثر من ارتباطها بشئ آخر. فقد يطلب من الفرد معالجة الشئ بالوعى بتقيضه فالمنطوى يطلب منه أداء أدوار استعراضية (انبساطية).

المتناقضات: Bipolarities

يطلق فريتز بيرلز مصطلح التفكير الفارق فى ضوء المتناقضات. والفرد يقضى الكثير من وقته طوال حياته فى حل الصراعات التى تفرضها المتناقضات. وأشهر المتناقضات التى قدمها بيرلز هى ما أسماه: الطرف الأعلى «ما يجب» والطرف الأدنى «ما أريد». والطرف الأعلى على صواب ومعرفة، ويعرف ما يجب أن يكون، وما يجب ألا يكون. وهو تسلطى. أما الطرف الأدنى فهو دفاعى، اعتذارى، متملق، طفلى، لسان حاله يقول «أنا أحتاج وأبذل كل جهدى وأنا حسن النية»، وهو مكبر يبحث دائماً عن اللذة. والهدف من التعامل مع هذه التناقضات أو الأجزاء المتناقضة فى الشخصية هى توعية كل جانب بالجانب الآخر حتى يتم إعادة التنظيم والتوفيق بين التقيضين مما ييسر الحياة، بحيث يكون كل جانب موجود ولكن فى «تكامل مع الآخر» حتى تكون الشخصية متكاملة. وفتية «ما يجب» (الطرف الأعلى) و «ما أريد» (الطرف الأدنى) تستخدم فردياً أو جماعياً، وفى حالة استخدامها جماعياً مثلاً يقسم المرضى إلى قسمين: قسم يمثل «ما يجب»، وقسم يمثل «ما أريد». وجماعة «ما يجب» تحدد مجموعة

أسباب لما يجب عمله، بينما جماعة «ما أريد» تفكر في ما يريدون أن يعملوا وأسبابه. وبعد ذلك يناقش النشاط بين الجماعتين. وأفضل نتيجة لحوار الجماعتين تتضح عندما يصبح المريض قادرا على تحديد «ما يجب» و«ما يريد»، وعندما يصبح الاثنان متماثلين. فمثلا يكون الحال حسنا عندما يصل المريض إلى التقرير التالي: «أنا أحب مهنتي، أنا أريد أن أذهب إلى عملي، يجب أن أذهب إلى عملي». وفي تدريب آخر يطلب من المريض أن يحدد أكبر نقاط ضعفه، وكيف يحولها إلى نقاط قوة. وفي تدريب آخر يطلب من المريض ذكر أسماء ثلاثة أشخاص قريبين منه، ويذكر في مقابل اسم كل منهم ما يرفضه، وما يطلبه، وما يقدره. فمثلا قد تكتب مريضة اسم زوجها، وتقرر أنها ترفض أنه لا يقضى وقتا كافيا معها، وتطلب مزيدا من الوقت، وتقدر صحبته ومرافقته. ومثل هذا التدريب يساعد المريض في زيادة وعيه بالمشاعر المختلطة تجاه الآخرين وكيف أن من الممكن أن يرفض الفرد شخصا، ويقدره في نفسه الوقت.

تجريب الموقف:

ويقصد بذلك تدريب الفرد (القلق مثلا) على ممارسة السلوك موقفيا في شكل بروفة قبل السلوك الفعلي. فمثلا يمثل الفرد موقف القلق كما يتوقعه قبل وقوعه.

المبالغة في الأعراض:

عندما يبدي الفرد إيماءة أو إشارة أو ينطق كلمة دون أن يلحظ دلالتها يطلب منه أن يكررها أو يباليغ في إظهارها حتى يدركها جيدا ويعرف معناها بالنسبة لمشكلته.

اللاغيبية: No Gossiping

وذلك بتجنب الكلام عن أي شخص غائب خارج الجلسة، وتوجيه الكلام إلى أحد أعضاء الجماعة الذي يقوم بدور الشخص الغائب أو توجيه الكلام إلى الكرسي الخالي Empty Chair في الزمن المضارع. فقد يوجه الفرد كلامه إلى الشخص الآخر الجالس في الكرسي الخالي قائلا مثلا:

«أعتقد يا أبى أنك تعاملنى معاملة قاسية، أتمنى أن تعاملنى معاملة حسنة مثل إخوتى». ثم ينتقل الفرد إلى الكرسي الخالى ويجيب على لسان والده كأن يقول مثلا: «إن من السهل على يا بنى أن أحبك، وأعاملك معاملة حسنة إذا كنت مطيعا ومجتهدا مثل إخوتك». ويستمر الحوار Dialogue بين شخص وشخص لتحجى الخبرات في الحاضر، وتزيد من وعى الفرد بالمشكلة، وتجعل صورة الموقف أكثر وضوحا أمام المعالج، وتجعل الموقف بروفة سلوك حقيقى عملى بالنسبة للمريض.

تحمل المسئولية: Taking Responsibility

يطلب من المريض أن يعبر عن مشاعره، ويقرر أنه يتحمل مسئولية هذه المشاعر، وهذا يعتبر بمثابة فتح عين المريض على مسئوليته عن سلوكه بدلا من إلقاء اللوم على مصادر خارجية كمسببات لسلوكه ومشاعره. وهذا يساعد الفرد على تحمل مسئولية سلوكه بدلا من أن يلقي ذلك على ضوابط خارجية، وعدم المحاولة فى غير الممكن أو المستحيل .

الإسقاط:

وهو عملية يسقط فيها الفرد على شخص آخر الأجزاء التى لا يقبلها فى نفسه.

القيام بالجولات: Making the Rounds

وهذه الفنية تستخدم فى العلاج الجمعى حين يطلب من الفرد إبداء مشاعره إزاء أعضاء الجماعة وذلك بالدوران عليهم وتلقى استجاباتهم.

الألعاب الخيالية: Fantasy Games

وهذا الأسلوب يستخدم بنجاح مع الأطفال ويجعلهم على وعى بمشاعرهم الآن. ومن الألعاب الخيالية المشهورة «لعبة الشخص العاقل» Wise Person. حيث يمثل فرد يسأله الآخرون أسئلة يجيب عنها بعد تفكير وهذا يضيف وعيا للمرضى. فمثلا قد يسأل سائل: «ماذا يجب أن أفعل لإصلاح حالى؟»، وتكون إجابة الشخص العاقل: «يجب أن تنمى

قدراتك، ومهاراتك، إلى أقصى حد ممكن». ويطلب من المشاركين مناقشة خيالاتهم بعمق مع المعالج فى جلسات فردية ومع الجماعة. وتتم المتابعة بجعل الأفراد يكملون الجملة الناقصة الآتية: «لقد تعلمت...».

إخراج الحلم: Dream Work

الحلم هو أحد أساليب الوعى بعالم الفرد «هنا والأن». والحلم هو حارس وجود الفرد، لأن محتوى الأحلام يتعلق بكيان الفرد ونموه. ويهتم العلاج الجشنتالى بتحليل الأحلام التى قد تتعلق بتطلعات المستقبل، وذكريات الماضى. والتلقائية من أهم مظاهر العلاج الجشنتالى. والأحلام تعبير تلقائى لوجود الفرد. ويهتم العلاج الجشنتالى بتكامل الأحلام أكثر من تحليلها، وذلك بإحياء الحلم شعوريا عن طريق الوعى بأشخاص الحلم وأحداثه. ويرى بيرلز أن الأجزاء المختلفة من الحلم تمثل أجزاء من شخصية الحالم يجب أن تتكامل لتكون كلا متكاملًا. وهذه الأجزاء المتناثرة يجب أن يعاد بناؤها بحيث يصبح الفرد على وعى بالرسالة التى يعبر عنها الحلم. ويمكن أن تتم مساعدة الفرد فى تحليل الحلم بحيث يصبح على وعى بمناقضيه «ما يجب» (الطرف الأعلى) و«ما أريد» (الطرف الأدنى)، فقد يكون الصراع بينهما هو الصراع الذى يعانى منه الفرد كما ظهر فى حلمه. ويمكن استخدام فنية إخراج الحلم فى العلاج الجماعى. فقد يذكر أحد الحاضرين حلما ويقوم الآخرون بلعب الأدوار المذكورة فيه معبرين عن أفكارهم ومشاعرهم. ويعلق الحالم على أدوارهم. ويقوم المعالج بدور هام فى تكامل أجزاء الحلم، وزيادة الوعى بالأجزاء كالمواقف المؤلمة وإعادة تكامل الأجزاء المغتربة من الشخصية.

دور المعالج الجشنتالى:

يتلخص دور المعالج الجشنتالى فيما يلى:

* يقوم بمواجهة المريض فى الحاضر ومباشرة وبتلقائية.

* يكون حيويًا نشطًا مثيرًا مبتكرًا، ينظر إلى التفاعل مع المريض في الحاضر كأساس للتغيير.

* يهئ خبرة العلاج كتصغير للحياة اليومية، محورها: «أنا وأنت»، «هنا والآن».

* يهئ بيئة ومناخًا علاجيًا مساندًا أقل ألمًا، وأكثر أملًا وأكثر معنى ليخلص المريض من ذكريات الماضي ومخاوف المستقبل.

* يقوم بتيسير النمو والسعى لتحقيق الأهداف ذات المعنى بالنسبة للمريض.

* يساعد على إشباع حاجات المريض.

وبالإضافة إلى ما سبق ذكره، ينظر إلى المعالج الجشتالتى على أنه خبير مساعدة، بصير بليغ، محبط، مبتكر، معلم.

المعالج خبير مساعدة: Expert - Helper

ونعني بخبير مساعد أن يكون المعالج متمرسًا، وقادرًا على إقامة علاقة علاجية تحقق أمل المريض في الشفاء، ويساعد بخبرته في إزالة كل ما يعوق المريض من مساعدة نفسه وعلاج ذاته، ويساعده وييسر له اكتشاف إمكاناته العلاجية.

وتتضح خبرة المعالج من خلال وعيه بانفصاله عن المريض وتحمله مسئولية التغيير من خلال العملية العلاجية، وهو يهئ ظروف العلاج لتيسير حدوث التغيير لدى المريض.

ومن خلال خبرته يعمل المعالج الجشتالتى على تحميل المريض مسئولية سلوكه وقراراته. وهكذا تكون المسئولية مشتركة بين المعالج والمريض.

المعالج بصير بليغ:

ومعنى هذا أنه يستطيع بدقة رؤية حاضر المريض وظاهر سلوكه بعين بصيرة ووعى كامل يساعد المريض على زيادة وعيه بذاته.

ويحاول المعالج بلباقة أن يجعل المريض يستخدم ضمير «أنا» في حديثه. ويشجع المعالج المريض على التعبير بصدق ودقة عن حاجاته، ويربط المعالج بين التعبيرات الجسمية والتعبيرات اللغوية للمريض مدققا في الرسائل اللغوية واللفظية معنى ودقة، ونبرة، ومجازا، وقفزا، متبها إلى فلتات اللسان.

ويهتم المعالج أيضا بالتعبيرات الجسمية، والتوترات واللازمات الحركية. وعلى المعالج أن يوضح لغته وأن يستوضح لغة المريض ليحمله يعبر تعبيرا دقيقا عن مشاعره وأحاسيسه. ويتطلب ذلك الدقة في صياغة الأسئلة الموجهة مباشرة إلى المريض لزيادة وعيه بنفسه، وزيادة قدرته على التعبير المنطلق عن مشاعره وأحاسيسه.

المعالج مُحبط: Frustrator

يقوم العلاج الجشتالتي على أساس مسئولية المريض. وإذا ظن المريض أو حاول الاعتماد على المعالج لإشباع حاجاته، فإن على المعالج أن يحول دون ذلك - أي أنه يحبط محاولة المريض في الاعتماد عليه، ويجعله يستغل طاقاته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن.

المعالج مبتكر: Creative

المعالج وهو يصنع للمريض ويلاحظه يعي تكون جشتالتات كثيرة. ومع وعيه يتخذ قرارات بطريقة التعامل معها في ضوء وعيه ووعي المريض بها. ويكون دور المعالج هنا كعامل ابتكارى فى تيسير تعبير مريضه عن حاجاته. وتتضح ابتكارية المعالج فى تجديد وتنوع المواقف والخبرات الميسرة لتعبير المريض عن ذاته وعن خبراته بتلقائية. وهنا يقوم المعالج بالعديد من الأدوار ويستكر الكثير من المواقف والخبرات التى تيسر العملية العلاجية أمام المريض. ويلاحظ هنا أن المعالج الجشتالتي يعمل فى إطار تكامل التخيل «النظرة المستقبلية» مع الواقع «هنا والآن» عن طريق إعادة تشكيل وخبرة

بعض الخبرات. والمعالج يساعد المريض على إكمال المواقف غير المكتملة. وهذا يمكن أن يتم عن طريق التمثيل المسرحى (السيكودراما). وهنا يكون للابتكار دور كبير حتى وإن كانت فى شكل «دراما فردية» (مونودراما Monodrama). وهو يشجع المريض على التعبير عن انفعالاته وتمثيل مشاعره. ويكون المعالج حساسا للصوت والتعبير، وتغيير المريض للأدوار. ويكون المعالج خلال هذا كله بمثابة صمام الأمن المحافظ على اتصال المريض دائما بالواقع.

المعالج معلم:

فى كثير من الأحيان يقوم المعالج بدور المعلم لمريضه، فقد يعلمه كيف يتعامل مع بيئته، وكيف يقوى الأنا الراشد المسئول عنده. وهنا تتأكد أهمية العناصر المعرفية إلى جانب العناصر المشاعرية فى العلاج الجشتالتى. وقد يأخذ المعالج دور المحاضر للمريض حيث يمدّه بالمعلومات والنماذج النظرية ليساعده على تصور تكامل شخصيته.

(لورنس ليفين وإيرما شيرد Levin & Shepherd، ١٩٧٨).

مزايا العلاج الجشتالتى:

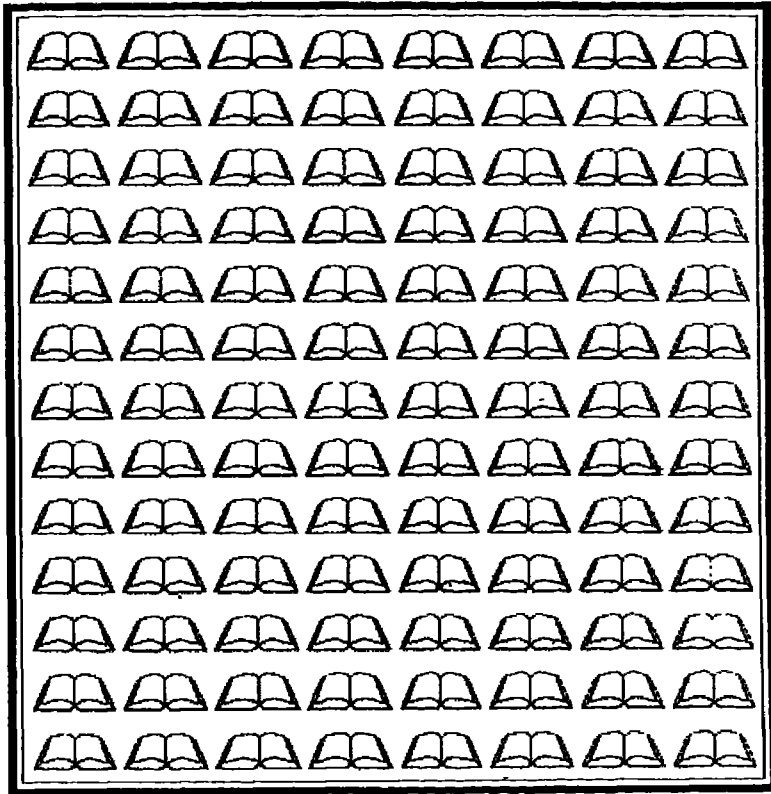
من أهم مزايا العلاج الجشتالتى مايلى:

- * تقديم المساندة الانفعالية للمريض والتي تجعله أقدر على مواجهة خبراته وآلامه.
- * تمارس الجماعة نوعا من العلاج الذاتى الصامت حتى يعى كل فرد منها بعض أبعاد ذاته بالانتباه إلى ما يجرى أمام ناظره بين المعالج والمريض.
- * تكاليف هذا النوع من العلاج أقل.
- * العلاج الجشتالتى علاج إنسانى يؤمن بقيمة الإنسان وقدرته على الوعى بذاته وتنميتها وتغييرها إلى الأفضل.

- * العلاج الجشتالتى علاج تجريبى لأنه يعتبر التجربة خبرة حية يعيشها الفرد فتزداد بصيرته، ويشبع حاجاته، ويحقق توازنه النفسى.
- * العلاج الجشتالتى علاج انتقائى لأنه يجمع بين أكثر من طريقة فى العلاج النفسى مثل: دينامية التحليل النفسى، وتجربة العلاج السلوكى، وخبرة العلاج المركز حول المريض.

عيوب العلاج الجشتالتى:

- من أهم عيوب العلاج الجشتالتى ما يلى:
- * لا يتسم بالعمق الذى يتسم به العلاج الفردى فى التحليل النفسى مثلا.
- * درجة التفاعل الاجتماعى بين المعالج والمريض أو أعضاء الجماعة العلاجية محدودة، فهم أشبه بالمتفرجين، فضلا عن أن التفاعل الجمعى بين الأعضاء محدود النطاق.
- * الوقت المخصص للعلاج محدد، إذ أنه غالبا ما يأخذ صورة ورش نهاية الأسبوع، أو ما يسمى «ورشه المرة الواحدة One shot workshop» التى قد تستغرق يوما واحدا.
- * تعد عينة الخبرة الحية المتاحة فى الموقف العلاجى محدودة بالقياس إلى خبرة الحياة على اتساعها.



الفصل الثاني والعشرون

العلاج بتحقيق الذات

ACTUALIZING THERAPY

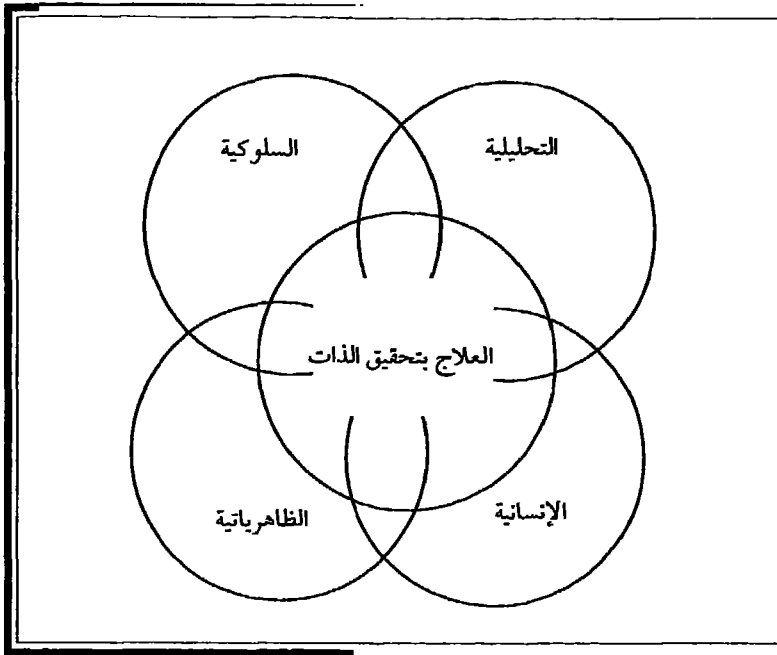
مقدمة:

تعتبر طريقة العلاج بتحقيق الذات طريقة تركيبية مبتكرة. ومعروف أن أفضل ما يوجه إلى الفرد من نصيحة هي أن يعرف ذاته، ويتقبلها، ويحققها، وينميها. وهكذا نجد أن من أهم ما يجب الحرص عليه هو تحقيق الذات، بمعنى أن يصبح مفهوم الذات أمراً واقعاً، وأن يحقق الفرد كل طاقاته وإمكاناته متحملاً مسئولية ذلك.

وقد بدأ إيفيريت شوستروم وآخرون Shostrom et al. (١٩٧٦) الكتابة عن العلاج بتحقيق الذات وطوره لورانس برامر، وإيفيريت شوستروم Brammer & Shostrom (١٩٧٧) موقفين فيها بين مدارس أربع رئيسية هي: المدرسة الظاهريّة، والمدرسة السلوكية، والمدرسة الإنسانية، والمدرسة التحليلية. (انظر شكل ٥١).

ويلاحظ أن المفاهيم الرئيسية في طريقة العلاج بتحقيق الذات مأخوذة من نظريات سيكولوجية الجشّات كواحدة تمثل وجهة النظر الظاهريّة، وبصفة خاصة أفكار فريتز بيرلز Perls عن الإدراك والوعي، والتعامل مع الواقع «هنا والآن». كذلك تأخذ هذه الطريقة مفهوم تحقيق الذات من ابراهام ماسلو Maslow، والحساسية للمشاعر من كارل روجرز Rogers، والكشف عن الذات من جورارد Jourard، وبعض المفاهيم السلوكية من لازاروس Lazarus، وباندورا Bandura عن التعزيز وغيره. يضاف إلى ذلك مفاهيم عن حل المشكلات، وتحقيق الأهداف. ومن المفاهيم التحليلية التي تبناها مفهوم «الأنا» ومفهوم «الدفاع».

ويعتبر المحور الرئيسي في العلاج بتحقيق الذات هو: الوعي المتقدم
النامي نحو تحقيق الذات - أي تحقيق كينونة الفرد.



شكل (٥١) العلاج بتحقيق الذات يوفق بين عدد من المدارس

- والعلاج بتحقيق الذات متعدد الأبعاد للاعتبارات الآتية:
- * يركز على بعد النمو عبر الزمن الماضي والحاضر والمستقبل.
 - * كل مرحلة نمو لها مشكلاتها الخاصة التي تعتبر بذور لمشكلات في المستقبل.
 - * يهتم بالوقت الحاضر «هنا والآن» بصفة خاصة.
 - * يركز على السلوك المطلوب تغييره سواء بالإشراط أو التعزيز أو التعميم.
 - * يوسع النظرة إلى المريض من ناحية مشاعره ومعارفه وإحساساته وخيالاته وتصرفاته، وأهدافه.

أهداف العلاج بتحقيق الذات:

هناك ثلاثة أنواع من الأهداف هي:

* **أهداف عملية العلاج:** مثل التعبير الحر الطليق، والتعامل المستمر مع المشكلات.

* **أهداف المريض:** الذى أتى بحثا عن مساعدة مثل: تخفيض القلق، والتخلص من الأعراض، واتخاذ قرار هام.

* **أهداف تحقيق الذات:** وتنمية فردية الشخص، وتحقيق ذاته، وممارسة المسؤوليات.

وفيما يلي موجز لبعض الأهداف:

* **الاستقلال:** Independence ويتضمن مساعدة الفرد لتحقيق الاكتفاء الذاتى والتخفف من الاعتماد على الآخرين فى بيئته.

* **التلقائية:** Spontaniety وتعنى المرونة والانفتاح على خبرة الفرد والآخرين والتخفف من الجمود، والبعد عن الدفاعية، وعن الأفكار الحتمية أو الأحكام العامة، وإلقاء الأفتنة، وأن يعبر الفرد عن حقيقة ذاته، وأن يكون الفرد ذاته، وأن يقدر فرديته. والتلقائية تؤدى إلى الابتكار ونمو الشخصية المتكورة.

* **العيش «هنا والآن»:** "Here and Now" أى أن يعيش الفرد حاضره وأن يستمتع بكل لحظة. فكل لحظة جديدة، والمستقبل من الصعب التنبؤ به، والعيش «هنا والآن» يطمئن الفرد على أنه يسير فى الاتجاه الصحيح فى إطار من المرونة، وأنه طالما يعيش حاضره فإنه لا يصل إلى النهاية بل يكون دائما عند البداية. والفرد حين يسلك فى حاضره يستمتع بنشاطه فى حد ذاته وليس بالضرورة كوسيلة لغاية.

* **الثقة فى الذات:** Self - trust يقاس نجاح عملية العلاج بتحقيق الثقة فى النفس والثقة فى قيمة الذات، حيث يثق الفرد فى ذاته، وفى مشاعره، وفى إمكاناته، وفى خبراته، وفى أحكامه وفى قراراته، ويعمل ما يشعر أنه صحيح أو مناسب له بالنسبة للآخرين. وهكذا يسير الفرد أمور نفسه بثقة متحملا نتائج سلوكه، ومتحملا بصفة عامة المسؤولية الاجتماعية.

ويصبح الفرد داخلي الدافعية والتحكم، يثق في ذاته وفي الآخرين. وهكذا يتدعم ضمير الفرد، ويتحسن سلوكه على المستوى الأخلاقي والقيمي. وهكذا يتعلم الفرد أن يحب ذاته وأن يثق في نفسه وأن يحقق ذاته.

✱ **الوعي: Awareness** والوعي وزيادة الوعي من الأهداف الأولية لتحقيق الذات، ويتضمن ذلك الشعور بالحوية والاستجابية. ويصبح الفرد قادرا على إدراك مشاعره بوضوح، ويصبح قادرا على إدراك البيئة بوضوح وعمق ويدرك الخبرات بجلاء. ويتضمن الوعي أيضا إدراك معنى السلوك واحتمالاته، ويدرك الفرد ما يناسب جنسه وعمره. ويصبح الفرد أكثر قدرة وشجاعة وإقبالا في تفاعله مع الآخرين. ويتمتع الفرد بحرية التعبير الانفعالي، فيحب بسهولة أكبر ويكره بتعقل أكثر، ويتخفف من القلق المؤلم، ويحقق الأمن الانفعالي، ويزداد تفاؤله.

✱ **الموثوقية: Authenticity** ويتضمن كون الفرد موثوقا به في علاقاته مع الآخرين، وهذا يساعد في التغلب على الاغتراب والشعور بالوحدة النفسية، ويدعم الانتماء والاندماج الاجتماعي.

✱ **المسؤولية: Responsibility** وتعنى نمو السلوك المسئول لفرد يعيش في عالم اجتماعي حقيقي يحقق فيه صالحه وصالح الآخرين في مجال الأسرة، والمجتمع بصفة عامة. ويصبح الفرد قادرا على تحمل مسؤولية اختياراته، وقراراته وحلوله لمشكلاته. ويستطيع تعديل قراراته.

✱ **الفعالية: Effectiveness** ويتضمن ذلك تحقيق الفعالية وتنميتها في ضوء استعدادات الفرد ومهاراته، وقدراته، بحيث يستطيع تحقيق مطالب النمو والحياة بفاعلية في مراحل نموه المختلفة

أبعاد العلاج بتحقيق الذات:

هناك ثلاثة أبعاد رئيسية للعلاج بتحقيق الذات هي:

- البعد الفلسفى (يركز على الأسس والأهداف).
- البعد البنائى (يركز على بناء الشخصية الدينامي).
- البعد التنموى (يركز على مراحل النمو).

أولاً: البعد الفلسفى:

يعتبر العلاج النفسى عملية نمو هادف يقوم فيه المعالج بالتأثير فى شخصية الفرد وقيمه.

وهناك بعض الافتراضات الفلسفية التى يقوم عليها العلاج بتحقيق الذات أهمها:

- * كل شخص يسعى بطبيعته إلى تحقيق ذاته.
- * بينما يتميز مبدأ تحقيق الذات بنظرة مستقبلية، فإنه يحدث خلال عملية النمو الآنى «هنا والآن».
- * بينما الكثير من سلوك الفرد يتحدد فى ضوء تاريخه الشخصى وقوى لاتخضع لإرادته، فإن عملية تحقيق الذات تفترض أن مستقبله يتيح مجالاً لحرية الاختيار.
- * يلقى افتراض حرية الاختيار، قدراً كبيراً من المسؤولية على الشخص فى تحقيق ذاته، فهو لا يستطيع الاعتماد على الآخرين أو لومهم لتحقيق نموه أو لقصوره. فعلى الرغم من أن النمو يحدث فى إطار اجتماعى فإن الفرد وحده مسئول عن حياته.
- * بينما بعض أشكال السلوك انعكاسية أو فطرية أو تنتج عن تغيرات كيميائية أو عصبية، فإننا نجد أن السلوك الاجتماعى متعلم، وأن التغيرات فى السلوك تحدث نتيجة لعملية تعلم نشطة.
- * تحقيق الذات يتم فى إطار تفاعل اجتماعى مع والد أو أخ أو صديق أو معلم أو مرشد أو معالج... إلخ. ويصبح التفاعل الاجتماعى هو وسيلة تحقيق الذات كما يتضح فى صدق الشاعر والوعى بالذات وحرية التعبير والثقة بالنفس وفى الآخرين، ويترجم هذا الوعى إلى سلوك.

* كل شخصية تتضمن حالات من التناقض يتم التعبير عنها والوعي بها في عملية تحقيق الذات، ومن أمثلة ذلك: الاعتماد - الاستقلال، الخنو - العدوان، المساندة - النقد... إلخ.

ثانياً: البعد البنائي والدينامي:

يعبر عن البعد البنائي والدينامي في شكل منظومة تتضمن عددا من المستويات ذات الوظائف والأهداف المحددة لتحقيق الذات. وقد وضع هذه المنظومة ايفيريت شوستروم وآخرون. Shostrom et al (١٩٧٦). وتتضمن المنظومة خمسة مستويات:

* مستوى الواجهة.

* مستوى التحقيق.

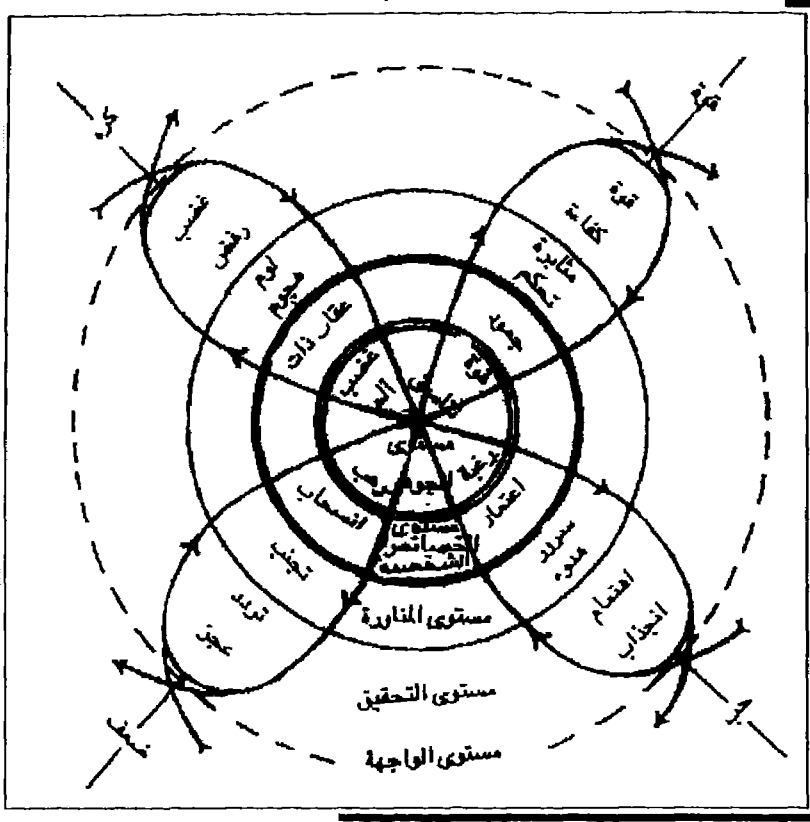
* مستوى المناورة.

* مستوى الخصائص الشخصية.

* مستوى الجوهر (اللب والصميم).

(انظر شكل ٥٢).

وهذه المستويات متشابكة، وتمثل مستويات الوعي الذي يكون أعلاه نحو الخارج (عند مستوى الواجهة) وأدناه (عند مستوى الجوهر). ويلاحظ أن مصطلح منظومة يستخدم لإيضاح التفاعل الدينامي بين هذه المستويات، أكثر من مجرد خريطة طبوغرافية للشخصية.



شكل (٥٢) نموذج منظومة تحقيق الذات

وتتصف المنظومة بمايلي:

* **الدينامية: Dynamism** وتشير إلى الطبيعة المتغيرة لنظام الشخصية، فهناك حركة على طول الشنائيات القطبية في شكل متداخل بين المستويات المختلفة. ويمثل ذلك أسهم تتحرك عبر المستويات، وهذا يعني أن الفرد يمكن أن يتحرك بحرية من مستوى لآخر، وأن يبدأ عمليات الوعي عند مستوى ويتحرك إلى آخر حيث حاجة الفرد أو مطالب الموقف. ويتحرك الوعي باستمرار في اتجاه أهداف الفرد لتحقيق ذاته.

✱ **الطاقة: Energy** وتميز كل مستويات الشخصية وتوفر القوى الدافعة التي تحرك الفرد للنشاط، وتقوم على أساس نظام حاجات حيوى. ويفترض أن الطاقة تحدث بحرية بين مستويات المنظومة.

✱ **القطبية: Polarity** وتعنى التناقض بين قطبى أبعاد الشخصية. فمثلا إذا كانت الاستقلالية هى الخاصية الواضحة لدى فرد، فمعنى هذا أنه ليس معتمدا. أى أن النقيض وهى الاعتمادية موجودة ولكنها فى حالة سكون. ويهدف العلاج بتحقيق الذات إلى الوعى بالنقيض، فمثلا يهدف إلى أن يعى الفرد قدرته على أن يحب بسهولة، وأن يكره بتعقل، وأن يعى نقاط قوته ليزيدها ونقاط ضعفه ليتحاشاها. وفى شكل (٤٧) يوجد أربعة أطراف قطبية متناقضة: الحب - الكره، القوة - الضعف. ونماذج للمشاعر للتبسيط. ويلاحظ أن هناك أبعاد أخرى ذات أطراف متناقضة وهى مهمة أيضا مثل: السيطرة - الخضوع، الذكورة - الأنوثة، الاستقلال - الاعتماد. والمصطلحات الوصفية على طول متصل تعبر عن الخصائص القطبية لمستوى الشخصية، فمثلا مستوى التحقيق على قطب الضعف يتمثل فى التردد والعجز.

وفيما يلى تحديد مستويات المنظومة الخمسة:

✱ **مستوى الواجهة Façade Level:** وهذا المستوى هو الحد ذو النفاذية بين مستوى التحقيق والعالم الخارجى، ويعبر عن النفاذية فى شكل (٤٧) الدائرة المتقطعة. وتختلف النفاذية حسب حاجات الشخص للدفاع أو حرية الاتصال. فالانفتاح على الآخرين مثلا يعبر عن نفاذية الواجهة. والوظائف الرئيسية لمستوى الواجهة هى الدفاع عن الشخص ضد المهددات النفسية الخارجية، ومدارة المشاعر فى المستويات الأخرى عن الآخرين، وتقديم الصورة العامة للشخصية. ويتحكم مستوى المناورة إلى حد كبير فى وظائف الواجهة. وهنا تنشأ الوظائف الدفاعية مثل: الإسقاط والإنكار وغيرها.

ومن أهداف عملية تحقيق الذات جعل الشخص أكثر وعيا بوظائف

مستوى الواجهة، وجعل الوظائف الدفاعية تحت ضبط مستوى التحقيق. ومن أهداف عملية تحقيق الذات أيضا إحداث تطابق بين الصورة العامة التي تظهر على مستوى الواجهة، والصور الخاصة في المستويات الأخرى. فمثلا عندما يكون الشخص في حفل فإن سلوكه يكون على مستوى الواجهة وفي إطار توقعات الآخرين أكثر منه في إطار المشاعر الخاصة في المستويات الأخرى.

✱ **مستوى التحقيق Actualizing Level:** هذا هو أول مستويات الوعي في المنظومة، وعند هذا المستوى يستطيع الفرد أن ينظر إلى نفسه كموضوع - أي «أنا». ومستوى التحقيق هو مركز العقلانية وترتيب الخبرة.

وعند مستوى التحقيق يتم تنقية واختبار المثيرات التي يستجيب لها الفرد، ويتم ترميز وإخراج المشاعر التي تصدر من المستويات الأخرى في المنظومة. وهو بهذا يعتبر أكبر قوة تكاملية في المنظومة. وهو يقارن المدركات الحاضرة بالخبرات الماضية وبالمعلومات في المستويات الأخرى. وعندما يعمل مستوى التحقيق بفعالية فإنه يرضى الشخص، ويكون نظام التحقيق قويا. فالشخص يدرك الأحداث بدقة في ضوء خبراته، وهو يعنى شعوره بالكفاءة بالتعامل مع الضغوط الداخلية والخارجية، والتوافق بين المتناقضات، وهو يعنى ويشعر بقيمته وفرديته كهدف من أهداف عملية تحقيق الذات.

ومن أهم وظائف مستوى التحقيق وظيفة «الفعل» Action مثل: حل المشكلات، واتخاذ القرارات. وهو مركز النشاط في الشخص. ومن وظائف مستوى التحقيق أيضا التعبير عن المشاعر خاصة مع الآخرين. وهدف عملية تحقيق الذات هو تيسير التعبير النشط للمشاعر الأساسية بحرية.

✱ **مستوى المناورة Manipulating Level:** الوظيفة الرئيسية لهذا المستوى في المنظومة هي توجيه الشخص في براعة وانضباط في تحقيق الأهداف وحماية الذات والتعامل ببراعة مع الآخرين والبيئة، وتحقيق مطالبها.

ولهذا المستوى وظيفة حماية، فهو «الجلد السميك» thick skin فى المنظومة، وهو الذى يجعل الآخرين يرون أن الشخص غير حساس أو جامد. وهنا قد يبدو الشخص وهو يدافع عن نفسه أحيانا يؤلم الآخرين.

✱ **مستوى الخصائص الشخصية Character Level:** يعتبر هذا المستوى أساس هوية الشخص. ويلاحظ أن أنماط الخصائص والصفات الشخصية يعبر عن أساليب التعامل مع العالم الخارجى مثل: العدوان والاعتماد والرفض والتقبل.

ومن وظائف مستوى الخصائص الشخصية توفير تعريف الذات مما يتضح فى أنماط الاستجابات المتعلمة لمواقف الحياة والتي تأخذ شكل استجابات نمطية على الأبعاد المتناقضة الأقطاب. ويلعب مستوى الخصائص الشخصية دورا وقائيا فى خدمة تحقيق الذات. ويلاحظ أن مستوى وعى الشخص بمستوى الخصائص الشخصية يكون عادة منخفضا.

ومن أهداف عملية تحقيق الذات خلخلة الحدود بين مستوى الخصائص الشخصية، ومستوى الجوهر، بحيث يمكن تعديل الخصائص والصفات الشخصية الأساسية لخدمة أهداف تحقيق الذات.

✱ **مستوى الجوهر Core Level:** هذا هو مركز ومحور المشاعر الأساسية أو ما يمكن أن يسمى «طبيعة الفرد الإنسانية» أى التى تميز جميع البشر، وفى نفس الوقت تبرز فردية الشخص. إنه مركز وجود الفرد. وفى هذا المستوى تكمن الحاجة الأساسية للخصوصية.

وفى هذا المستوى تلتقى المشاعر على طول المتصلات متناقضة الأقطاب. فقد توجد فى مثل هذا المستوى مشاعر مؤلمة مثل: مشاعر نقص الحب، أو نقص الحرية، أو مشاعر الرفض، وهذه مشاعر مؤلمة. وتتضمن عملية تحقيق الذات مساعدة الشخص لكى يعى هذه المشاعر، وأن يسيطر عليها وأن يتحمل مسؤولية تحقيق ذاته.

ومستوى الجوهر هو مركز الخصائص الإيجابية والقوية أيضا، مثل:

تناسق الثقة والقيمة والجمال. ومن أهداف عملية تحقيق الذات الوعى بهذه المشاعر وتعزيزها.

وهكذا فإن مستوى الجوهر متكافئ، أى ليس إيجابيا ولا سلبيا ومستوى الجوهر يعتبر عامل دافعية قوى فى الشخص تصدر عنه طاقة كبيرة للسلوك، ومنه تصدر الدوافع الأساسية مثل: الأمن والجنس، وهو بهذا مستوى مسيطر فى الشخصية، خاصة فى حالات التهديد والأزمات.

ومعظم المشاعر فى مستوى الجوهر تؤثر فى سلوك الشخص. ويلاحظ أن بعض الناس يحركهم ويدفعهم لذة عمياء ويسعون للتخفف من الألم، وآخرون يحركهم ويدفعهم التحدى والاجتهاد.

ومن أهداف عملية تحقيق الذات أن يسعى الشخص وراء أنشطة وعلاقات لها معنى تحقق قيمته.

ومن المبادئ الأساسية لعملية تحقيق الذات إقامة الاتصال بين مستوى الجوهر ومستوى التحقيق. ومن الطرق الأساسية فى ذلك، التعبير عن المشاعر بالكلام، والحركة، والخيال، وغير ذلك من الأساليب الإسقاطية مما يزيد من وعى الفرد، وزيادة تحمله مسئولية سلوك بناء يخدم عملية تحقيق الذات وتنميتها. والتعبير عن المشاعر المؤلمة فى مستوى الجوهر من خلال العملية العلاجية يؤدى إلى تحقيق التناسق والسلم والسعادة.

ثالثا: البعد التنموى:

يقوم العلاج بتحقيق الذات على أساس نموذج الشخص الذى يحقق ذاته كهدف تنموى أكثر منها علاج حالة مرضية، أو حل مشكلات مباشرة فى الحياة.

المبادئ الأساسية للنمو:

هناك مبادئ عامة عديدة للنمو النفسى من أهمها ما يلي:

* النمو عملية تقدمية تراكمية - بمعنى أنه يحدث فى خطوات وعلى مراحل.

* عملية النمو تكاملية ومتميزة - أى أن النمو عملية بناء وتنسيق وتمايز فى نفس الوقت. فمثلا نجد أن أنماط السلوك الطفلى لا بد أن تتلاشى ليحل محلها أنماط سلوك الرشد.

* يعتمد النمو النفسى على مبدأى النضج والتعلم.

* يعتمد النمو النفسى على الاتصال الاجتماعى.

* يأخذ النمو طريقه من خلال العلاقات الإنسانية.

ويستتج من هذه المبادئ أهمية العلاقة العلاجية فى تصحيح مسار النمو إذا حدث به أى اضطراب. ويأتى على رأس هذه المبادئ الطاقة الانفعالية على الحب كطاقة ضرورية للنمو السوى. ولاشك أن خبرة الحب والتعبير عنه لهما معنى خاص وأهمية كبيرة فى النمو النفسى ولتحقيق الصحة النفسية والجسمية للفرد فى كل مراحل نموه من الطفولة حتى الشيخوخة.

ومعروف أن الحرمان النفسى والإحباط لهما آثار سيئة فى كل مراحل النمو.

ويرى بعض المعالجين أن الفرد يصبح مريضا نفسيا عندما لا تتحقق مطالب نموه، وعندما تكف عمليات نموه السوى، وعندما تظهر مشكلات النمو.

ومن المعروف أن المريض هو نتاج كل الخبرات التى مر بها حتى لحظة بدء علاجه. وبالإضافة إلى ذلك فإن الخبرة التى تعرض لها فى سنوات حياته الأولى تحدد نمط التوافق الذى يتبعه فى مراحل نموه التالية. ومعظم الأفراد يتعرضون لمشكلات خلال مراحل نموهم. وإذا ما حلت هذه المشكلات بنجاح فى حينها، فإن النمو النفسى يتقدم بسلام. أما إذا كانت المشكلات شديدة وصعبة الحل، فإنها تعوق النمو وتكف أو تحطم إمكانات تحقيق الذات.

المراحل العامة للنمو:

تحدث أحداث هامة خلال رحلة نمو الفرد وذلك فى مراحل نمو متتالية. وفيما يلي ملاحظات حول هذه المراحل:

ويحدث النمو النفسى على مرحلتين عامتين:

* الأولى: من الميلاد حتى حوالى ٣٥ سنة.

* الثانية: من سن ٣٥ حتى نهاية العمر.

وتعتبر المرحلة الأولى (من الميلاد حتى ٣٥ سنة) مرحلة البناء والتمكين حيث يكون لدى الشخص طاقات للتعلم والتوافق مع بيئته الخارجية وحاجاته الداخلية ودوافعه، ويكون ذكاؤه ونضجه الجسمى والانفعالى فى خدمته لتحقيق أهدافه التى تحددها وتحدها بيئته المادية والثقافية . وفى هذه المرحلة يكون الفرد عادات التعاون مع المطالب الوالدية، وينمى مهاراته، ويدخل فى مهنة ويتقدم فيها. وفى نهاية المرحلة الأولى تكون إمكانيات الفرد العقلية والجسمية والانفعالية قد تحددت وجهتها وتبلورت، واتخذ قراراته واختياراته وأتقن مهاراته، وحدد فلسفة حياته.

وفى المرحلة الثانية (من ٣٥ سنة حتى نهاية العمر) يكون الفرد قد أتقن التعامل مع البيئة الاقتصادية والاجتماعية وتحققت مطامحه فى الحياة، وتحل أهداف النضج والشيخوخة محل أهداف الشباب، وتبدأ القدرة على التعلم والقدرة الجسمية فى التدهور، ويجد الفرد نفسه، ويراجع قيمه، ويسير حسب فلسفة حياة على مستوى أنضج حتى نهاية الحياة.

ومن وجهة نظر العلاج بتحقيق الذات، يسير النمو فى مراحل فرعية متتالية على النحو التالي:

مرحلة الاعتماد (من الميلاد حتى عامين): وخلال هذه المرحلة يتعامل الرضيع مع البيئة من خلال عملية الغذاء (المرحلة القمية). وإذا كان اتجاه الأم متقبلاً دافئاً مشبعاً لجوع الطفل، فإنه يشعر بمشاعر سارة مع غذائه وإذا شعر بالرفض أو البعد فى علاقة التغذية، فإنه يشعر بالقلق وعدم السرور.

وترتبط وظائف المص والغذاء بمشاعر الأمان. وفى هذه المرحلة يكون الطفل معتمداً يحتاج إلى الأمان والحب. وإذا تم تغذيته بانتظام مع حب

ودفع، فإنه يشعر بالطمأنينة ولا يشعر بالتوتر. أما إذا شعر بالحرمان المبكر أو المفاجئ فإنه يشعر بالقلق والتوتر. وإذا أشبعت الحاجة إلى الاعتماد في هذه المرحلة، فإن الطريق يصبح ممهداً للنمو الطبيعي للمرحلة التالية. وإذا شعر الطفل بالحرمان والإحباط في المرحلة القمية، فإن هذا يؤثر في نمو شخصيته.

وهكذا فإن إتقان علاقة الاعتماد على الوالدين أمر مهم. والحب في هذه المرحلة يعتبر إحدى حاجات الاعتماد الأساسية. وقرب نهاية هذه المرحلة يبدأ الطفل تدريجياً في التباعد عن الوالدين، ويبدأ في التعامل مع الواقع خاصة بعد فطامه.

مرحلة الاستقلال (من عامين حتى ثلاثة أعوام): يكون الطفل في هذه المرحلة مازال قاصراً في كثير من الأشياء، ولكنه يبدأ في الاستقلال حيث يكون قد مشى وأصبح قادراً على استخدام يديه بمهارة أكثر في التعامل مع الأشياء، وفي التحكم في حركته، وفي التفريق بين عناصر بيئته والتي تشبع حاجاته وتشعره باللذة ويصبح مستكشفاً ويشبع حاجاته إلى الاستطلاع. ويشعر الطفل بقدرته ويمارس الاعتراض على التعليمات التي تحد من حريته للحصول على ما يريد وفي التعامل مع ما يريد.

ويطلق البعض على هذه المرحلة اسم «المرحلة السالبة». ويشعر الطفل بنمو الاستقلال لديه، ويشعر بذاته، ويختبر مشاعر الآخرين واتجاهاتهم نحوه، ويحاول عمل أشياء كثيرة مستقلاً عن أمه، ويبدأ في الاستغناء عن وجود أمه معه معظم الوقت، ويمكن أن ينتظرها إلى أن تعود، ويثق في نفسه أكثر.

وهذه هي «المرحلة الشرجية». فالاحتكاك الأول بين حاجة الطفل إلى الاستقلال، وضبط الوالدين للطفل ترتبط بجهودهما وتشجيعهما على ضبط الإخراج لديه. ويرتبط حصول الطفل على الحب بقدرته على ضبط الإخراج.

وقد يظهر العدوان لدى الطفل، ويحتاج الأمر إلى أن يتعامل الوالدان مع الطفل بحكمة حتى لا تتكون حلقة مفرغة، وحتى لا تظهر ردود فعل نفسجسمية نتيجة للغضب المكبوت، وحتى لا يؤثر ذلك على مستقبل حياة الفرد في ظهور العدوان.

مرحلة تعلم الأدوار (٤ - ٦ سنوات): وفي هذه المرحلة يكون لدى الطفل حاجة لحرية أكبر للتفاعل مع البيئة، وتظهر أنشطة الاستطلاع والاستكشاف المتزايد في كثير من الاتجاهات، وينمو لديه الضمير. ويتعلم الطفل في هذه المرحلة عددا من الأدوار أهمها دوره الجنسي من خلال التوحد مع والده من نفس الجنس، وتنمو لدى الطفل فكرة الذكورة والأنوثة، وتظهر عقدة أوديب (حيث يتعلق الطفل الذكر بأمه)، وعقدة إيكتر (حيث تتعلق الأنثى بأبيها).

ويبدأ الطفل في تقبل جنسه خاصة إذا كان الوالد من نفس الجنس نموذجاً طيباً للتوحد معه وتقليده.

وخلال هذه المرحلة يبدأ الطفل فعلاً في لعب دوره، ويوجهه الوالدان ويضبطان سلوكه من الخارج إلى جانب الضبط الداخلي من جانب الضمير الذي نمى.

وإذا تم تعلم الأدوار بطريقة سليمة مع تجنب الأساليب الوالدية الخاطئة مثل الحماية الزائدة والرفض، وإذا روعى ذلك في دار الحضانة أو روضة الأطفال سار النمو في مساره الطبيعي السوي، وإذا حدث عكس ذلك فإن هذا يعقد مسار النمو.

مرحلة المسيرة (٦ - ١٠ سنوات): ينتقل الطفل في هذه المرحلة إلى العالم الخارجى حيث لا يسيطر عليه الوالدين والإخوة كلية، ويكون بعيداً عنهم لعدة ساعات في اليوم. ويتولى أمره سلطات أخرى غير الوالدين حين يذهب إلى المدرسة ويتعامل مع المعلمين والزملاء، وعليه أن يساير معايير اجتماعية جديدة خاصة معايير دوره كتلميذ وكرفيق زملاء جدد من الجنسين.

وفي مرحلة المسيرة هذه تستمر حاجة الطفل للحب والفهم والنظام والحرية. ويستطيع الوالدان تهيئة بيئة غنية بهذا كله، تتيح للطفل التعلم والتجريب، وتنمي علاقاته الاجتماعية بما يشعره بالانتماء الاجتماعي المتزايد الاتساع في الأسرة والمدرسة والمجتمع.

أما إذا مارس الوالدان والمعلمون أساليب خاطئة مثل التسلط والإهمال والحرمان، فإن هذا يحصر الطفل في إطار مهدد من الإجباطات والتوترات النفسية.

مرحلة الانتقال (١٠ - ١٣ سنة): وهذه هي مرحلة «قبيل المراهقة». وفي هذه المرحلة يحاول الطفل الفكك من سيطرة الأسرة. وهذه المرحلة هي التي تسبق البلوغ الجنسي. وتكون أخطاء الطفل كثيرة، ويكون غير مستقر وانفعالي، يفضل خارج الأسرة على الأسرة.

مرحلة التركيب (١٣ - ٢٠ سنة): وهذه هي مرحلة المراهقة. والسبب في إطلاق مصطلح «مرحلة التركيب» على هذه المرحلة هو تركيب نتائج المراحل الأربع السابقة حيث يستطيع المراهق أن يرى حياته كوحدة مستمرة خلال مراحل النمو، ويستطيع أن ينظر إلى الخلف في طفولته، وحتى إلى الأمام مستقبلاً.

وفي بداية هذه المرحلة يحدث البلوغ الجنسي وتنتهي الطفولة ويبدأ الشباب. ويلاحظ النمو الجسمي السريع، ونضج الأعضاء التناسلية، ويشعر المراهق بالثوران الفسيولوجي والنفسي، وتزايد الحاجات الداخلية والضغط الخارجية وتضخم الصراعات.

وتتضح الفروق الفردية في معدلات النمو الجسمي، وتتضح الفروق بين الجنسين مما ينتج عنه بعض المشكلات. فالبعض يلاحظ لديه البكور الجنسي، والبعض يلاحظ لديه التأخر الجنسي. والإناث كما هو معروف يسبقن الذكور في البلوغ الجنسي.

وقد يلاحظ الارتباك في هذه المرحلة أو اختلاف معدل النمو في مظاهره المختلفة أو الانحراف عن معدله.

ويلاحظ أن الفروق بين الجنسين في النمو في أول المراهقة تباعد بين الجنسين مؤقتا لسبق بلوغ الإناث عن الذكور.

هذا وقد يلاحظ في مرحلة المراهقة بعض التجريب الجنسي وما يصاحب ذلك من قلق مما يحتاج إلى توجيه وإرشاد. وإذا حدث وكان هناك محددات لسلوك المراهق وتسلط عليه، فقد يظهر نوع من التمرد والسعى لتحقيق الاستقلال. ويلاحظ الاتجاه نحو الجنس الآخر.

ويلاحظ في هذه المرحلة الكثير من الأسئلة والاهتمامات التي تحتاج إلى توجيه وإرشاد.

ومعروف أن مرحلة المراهقة يحدث فيها بعض التناقض الانفعالي حيث يستطيع المراهق أن يحب ويكره في آن واحد.

مرحلة التجريب (٢٠ - ٣٥ سنة): وهذه هي مرحلة الرشد المبكر. ويكون فيها الراشد مستقلا تماما، يخوض مجال العمل والحب، ويتخذ قرارى المهنة والزواج، وعليه اتخاذهما بحكمة بمساعدة المرشد النفسى.

وفى هذه المرحلة التجريبية يمر الراشد بخبرات كثيرة هامة قد يتخللها أزمات لأن الحياة التعليمية لا تكون قد أعدت الفرد تماما للحياة العملية وتحقيق مطالب النمو.

وهكذا تكون مرحلة الرشد المبكر مرحلة توتر لأنها مرحلة انتقال من مراحل نمو وحداتها سنوات إلى مراحل نمو وحداتها مكانة اجتماعية وخبرات. وهنا يرفع الوالدان والمربون أيديهم، ويكون على الفرد أن يقود سفينته بنفسه محاولا مجربا مستعينا بالدراسات الحرة ولاجئا إلى الإرشاد حين يحتاجه. ويعانى بعض الأفراد من ضغوط اجتماعية خاصة كما فى حالات تأخر سن الزواج أو الإضراب عنه. ويحتاج السلوك والعلاقات بين الجنسين إلى ضبط وتوجيه وإرشاد يقلل التوتر ويرشد السلوك.

ويعتبر الاستقرار المهني والاستقرار الزواجي والإنجاب وتربية الأولاد من أهم مطالب النمو فى هذه المرحلة. وهذه المسؤوليات يجب تقبلها وحل ما يعترض تحقيقها من مشكلات.

ومع التغير الاجتماعي المتزايد وخروج المرأة إلى العمل ظهرت مشكلات جديدة أقلها الصراع بين دورها كربة بيت وكعاملة.

ومن المشكلات المقلقة للأسرة خطر تفككها بسبب الطلاق وغير ذلك مما قد يطرأ من مشكلات تتعلق بتربية الأولاد. وهذه كلها تحتاج إلى مساعدة وحل.

مرحل الاندماج (٣٥ - ٥٠ سنة): وهذه هي مرحلة الرشد الأوسط. وهي مرحلة كبرى في حياة الفرد. وفي النصف الأول من هذه المرحلة يستغل الفرد طاقاته وينسق اهتماماته وقيمه مع شخصيته وبيئته الثقافية، ويكون الفرد العادى قد حقق أهدافه النامية، واستقر ماديا، ويكون الأولاد قد وصلوا المرحلة المراهقة.

وفي النصف الثانى من هذه المرحلة يكون الفرد وكأنه عبر قنطرة كبيرة فى حياته إلى مرحلة استقرار وعطاء كبير.

مرحلة القعود (٥٠ - ٦٠ سنة): قد تبدأ هذه المرحلة بين الخامسة والأربعين والخمسين حتى الستين. ومعروف أنه بين سن ٤٥ - ٥٠ عند النساء، وبين ٤٥ - ٦٠ عند الرجال تحدث بعض التغيرات الفسيولوجية والنفسية، وقد يشوبها نوع من الاكتئاب الذى يرتبط بسن القعود أو اليأس، حيث يعتقد الفرد أنه قد تجاوز مرحلة الخصوبة، وأنه قد تجاوز مرحلة تحقيق المطامح والأهداف وتشعر النساء بصفة خاصة أن جمالهن يذبل.

وقد يلاحظ فى هذه المرحلة ما يسمى «بالمراهقة الثانية». وقد يعانى البعض من الانشغال بخصوص الصحة والنجاح والقدرة الجنسية. وقد تصدر بعض الأنماط السلوكية الأقرب إلى سلوك المراهقين، فنجد بعض الراشدين قد يفكرون فى الزواج من فتيات صغار، مما قد يترتب عليه بعض المشكلات.

وهذه المرحلة بصفة عامة هى مرحلة المسئوليات الكبرى والقيادة والعطاء.

وفي هذه المرحلة حيث يكون الأولاد قد كبروا أو حتى تزوجوا، تبدأ الزوجة أو المرأة بصفة عامة توجه اهتمامها إلى زوجها. ويقابل ذلك اهتمام مماثل من الزوج، وفهم من الطرفين لمرحلة القعود التي يمران بها.

وفي هذه المرحلة يكون بالأسرة ثلاثة أجيال، يكون الفرد في وسطها، وكل من الأجيال الثلاثة لا يريد العيش مع الآخر، وإذا ما اضطروا للعيش معا فقد تحدث بعض المشكلات التي تحتاج إلى الإرشاد الأسرى.

مرحلة التقسيم (من ٦٠ سنة حتى نهاية العمر): وهذه هي مرحلة الشيخوخة. وفيها يقيم الفرد كل ما سبق في حياته ويفكر في الموت وقد يعاني من قلق الموت.

وفي هذه المرحلة سواء في الستين أو الخامسة والستين يحدث التقاعد ويتناقص الدخل، وقد يفقد شريك الحياة بالمرض أو بالموت.

ويلاحظ أن متوسط عمر النساء أطول من متوسط عمر الرجال، ولذلك ففي هذه المرحلة تزداد نسبة الأرمال الذين يضطرون إلى العيش وحدهم أو العودة إلى عمل لكسب رزقهن.

وهذه المرحلة قد تكون مرحلة تكامل الذات أو قد تكون مرحلة يأس، ويتوقف ذلك على مدى توافق الفرد أو سوء توافقه في مراحل نموه السابقة. وعندما يقيم الفرد سلوكه السابق في مراحل نموه السابقة، يتوقف على ذلك وجهته بخصوص نهاية الحياة والوفاة.

ويلاحظ أنه على الرغم من وجود تدهور حيوي، فإن الفرد يستطيع أن يستمر منتجاً معطاء بقوة الإرادة حين يتقاعد من عمل إلى آخر، وحين يعمل ما حال انشغاله في مراحل النمو السابقة دون عمله.

وكم من كبار العلماء والأدباء والفنانين أعطوا أكثر ما أعطوا في هذه المرحلة.

ويمكن اعتبار هذه المرحلة «مرحلة الغروب» وفيها يكتشف الفرد الكثير من أسرار الحياة. ويمكن أن يساعد بشكل واضح الإرشاد النفسى فى الشيخوخة وبصفة خاصة «إرشاد الموت» Death Counselling.

عملية العلاج بتحقيق الذات:

تم عملية العلاج بتحقيق الذات حين يتحرك الشخص من حالة تنصف بجمود استجابته للعالم من حوله ليصبح أكثر اتصالاً وأكثر مرونة، وأكثر وعياً وأكثر فعالية وابتكارية.

وتمر عملية العلاج بتحقيق الذات فى سبع خطوات هي:

* تحديد الهموم والحاجة إلى المساعدة.

* إقامة العلاقة.

* تحديد الأهداف والإجراءات.

* التعامل مع المشكلات والأهداف.

* تيسير الوعي.

* تخطيط أسلوب العمل.

* تقييم النتائج والإنهاء.

تحديد الهموم والحاجة إلى المساعدة:

هدف عملية العلاج فى هذه الخطوة هو تمكين المريض من تحديد همومه ومشكلاته وسبب مجيئه للعلاج. وكثير من المرضى يكون هدفهم واضح، والبعض ليسوا كذلك. وما يقوله المريض قد يوضح اعترافه بحاجته للمساعدة، أو قد لا يوضح ذلك. ولذلك فإن الهدف الثانى هو تحديد واعتراف المريض بحاجته للمساعدة واستعداده لتحمل مسؤوليته فى عملية العلاج. وتكون معظم الجلسة العلاجية الأولى حول هذا الموضوع. وفى ضوء نموذج تحقيق الذات فإن أهم الأهداف فى هذه الخطوة هو التغلب على مقاومة مستوى الواجهة.

وفى هذه الخطوة تكون استراتيجية عملية العلاج هى الاهتمام بتغيرات المريض وحركاته، ومساعدته على توضيح همومه أو مشكلته.

إقامة العلاقة:

وهدف هذه الخطوة هو إقامة علاقة تتميز بالثقة القائمة على الانفتاح

والأمانة فى التعبير، وتتضح فيها خبرة المعالج وجاذبيته واستحقاقه للثقة. وتعتمد استراتيجية المساعدة على خبرة المعالج وإجادته للاستماع واستخدامه لفنيات عملية العلاج.

تحديد الأهداف والإجراءات:

وهدف هذه الخطوة هو تحديد أهداف عملية العلاج الخاصة بالمريض فى ضوء ما نحدد فى الخطوة الأولى، وهى تحديد الهموم والحاجة للمساعدة، وتحديد ما يمكن تحقيقه من هذه الأهداف، وما لا يمكن تحقيقه منها. ويجب تحديد الأهداف إجرائيا وسلوكيا.

ومن الأهداف تحديد المريض الحقيقى - هل هو المريض الحاضر للعلاج كالزوجة أم غير الحاضر كالزوج؟ أو كالطفل أم الوالد؟

ومن أهداف هذه الخطوة تحديد خطوات وإجراءات عملية العلاج، وتحديد طبيعة الأهداف، وتحديد المسئوليات.

والاستراتيجية المتبعة فى هذه الخطوة تتضمن المناقشة الواضحة والاتفاق بخصوص الإجراءات المؤدية لتحقيق الأهداف.

التعامل مع المشكلات والأهداف:

تحدد الأهداف والاستراتيجيات فى هذه الخطوة على أساس طبيعة المشكلة وشخصية المعالج وشخصية المريض.

وتتضمن هذه الخطوة مزيدا من التعبير عن المشاعر، ومزيدا من إيضاح المشكلة، وتحديد الاستراتيجيات، وتحديد خطوات حل المشكلات، والاستطراد فى اكتشاف المشاعر والتعبير عنها.

وكما عرفنا فى نموذج تحقيق الذات يمكن استكشاف المشاعر والتعبير عنها فى كل المستويات. فهناك إمكانية التعبير عن المشاعر على طول الأبعاد القطبية من مستوى التحقيق إلى مستوى الجوهر والعودة. فمثلا يستطيع المريض استكشاف أمور تتعلق بقيمته كشخص أو بمخاوفه، أو شعوره بالوحدة فى بداية العملية العلاجية. وهنا يشجع المريض على التعبير عن

شعوره بالغضب عندما يعامل بقسوة أو التعبير عن مشاعر الحب عندما يعامل بلطف.

وأهداف العملية فى هذه الخطوة هى تشجيع المريض على استكشاف مشاعره الهامة بالنسبة له فى الوقت الحاضر على طول الأبعاد القطبية. فمثلا قد يطلب المعالج من العميل أن يبالغ فى عدوانيته ليتعرف على مشاعره الأساسية، أو قد يطلب منه التعبير عن المشاعر المعاكسة. والهدف هو الوعى بأنماط المشاعر حتى يستطيع المريض أن يراها فى علاقتها بنمط حياته.

واستراتيجية العملية فى هذه الخطوة هى استخدام أى طريقة تشجع على التعبير الحر عن المشاعر على طول الأبعاد القطبية من مستوى التحقيق إلى مستوى الجوهر.

تيسير الوعى:

ويقصد بذلك تيسير الوعى بتحقيق إمكانيات الذات. ويتضمن ذلك تنمية البصيرة والفهم ومعرفة الذات من خلال ما يراه الفرد ويسمعه ويشعر به. ويتضمن ذلك إعادة خبرة الأحداث ورؤيتها فى شكل مختلف أكثر وضوحا، وأكثر تكاملا عن ذى قبل. ويتضمن الوعى مزيدا من الاستكشاف والتحليل والإيضاح. ويتضمن الوعى الجوانب العقلية والانفعالية والسلوكية. ويمكن تيسير وعى المريض بأفكاره ومعتقداته بحيث يغير ما يجب تغييره منها.

وهكذا فإن هدف خطوة تيسير الوعى هو تحقيق الوعى الكافى لتحقيق أهداف الفرد.

ويلاحظ فى بعض الأحيان أن بعض المرضى يتوترون عندما يزداد وعيهم بمشكلاتهم، وهذا يعمل حسابه فى العملية العلاجية، حيث يتتالى الوعى بالخبرات والمشاعر والأفكار ليس مرة واحدة ولكن واحدة تلو الأخرى.

وحسب نموذج تحقيق الذات، فإن هناك أربع استجابات للمناورة تحدث أثناء عملية العلاج:

- أولها: استجابات سارة ومهدئة.

- ثانيها: استجابات مجاهدة وضبط.

- ثالثها: لوم وهجوم.

- رابعها: تجنب وانسحاب.

وعلى مستوى الخصائص الشخصية، تتم مساعدة الشخص ليصبح أكثر وعياً بأنماط سلوكه سواء كان: معتمداً، أو جامداً، أو يعاقب ذاته، أو منسجماً.

وعلى مستوى الجوهر، يتم مساعدة الفرد على الوعي بخصائصه الجوهرية على أكمل وجه ممكن، فيدرك نقاط قوته الأساسية، ويدرك ما يؤمله، وما يزعجه، ويدرك رغباته. وهذا كله يؤدي إلى نوع من التناسق والثقة في الذات.

تخطيط أسلوب العمل:

تتضمن هذه الخطوة تخطيط إجراءات عملية يتم فيها اتخاذ قرارات وعمل فعلى. ويتم هذا في ضوء الوعي الذي تم.

وهكذا فإن هذه الخطوة تتضمن مساعدة المريض في وضع أفكاره التي اكتشفها ووعاها موضع التنفيذ.

وفي إطار نموذج تحقيق الذات، فإن هذا يعني تحسن الأداء الوظيفي للشخص على مستوى تحقيق الذات ليتمكن من التحرك بحرية على طول أبعاد مشاعره مستخدماً طاقاته العقلية بحيث يحيا في تناسق مع ذاته.

وهكذا تتم مساعدة المريض على التخلص من مشاعره المعوقة، والانطلاق في اتجاهات جديدة أكثر فائدة وتحقيقاً للهدف من خلال خبرات علاجية حياتية يستخدم فيها المريض قدراته وإمكاناته بنجاح لتحقيق ذاته.

تقييم النتائج والإنهاء:

المعيار الرئيسى للعلاج الناجح والمحدد الأساسى لإنهاء العلاج هو مدى تحقيق أهداف العلاج. وهذا يتم تقريره بواسطة المعالج والمريض، ولا يجوز أن تترك نهاية العلاج نهاية مفتوحة.

ولا شك أن عملية التقييم تتم باستمرار منذ بداية عملية العلاج حتى نهايتها.

ويتناول التقييم ما يلي:

* مدى استفادة المريض، ومجال الاستفادة، وإذا لم تتم الاستفادة الكاملة، فلماذا؟

* ملاحظة سلوك المريض وأدائه على اختبارات ومقاييس نفسية خاصة، والأداء في الحياة العملية كالنجاح الدراسي والاستقرار الأسرى والتقدم المهني... وهكذا. وتفيد عملية المتابعة في هذا الصدد.

فنيات العلاج بتحقيق الذات:

هناك بعض الفنيات يجب الاهتمام بها في عملية العلاج بتحقيق الذات بصفة خاصة، إلى جانب الفنيات العامة في عملية العلاج النفسى. ومن الفنيات الهامة في عملية العلاج بتحقيق الذات: الاستعداد، والحصول على المعلومات اللازمة، والتشخيص.

الاستعداد:

ويتضمن ذلك بناء الاستعداد للعلاج لدى المريض حيث يجب أن يعرف أنه يحتاج إلى مساعدة وأن يسعى للحصول عليها. ومن الأمور الهامة لعملية الاستعداد وإعداد المريض تقديم عملية العلاج إليه، ومعرفة بدوره ودور المعالج.

ومن أهم مؤشرات الاستعداد: الاستعداد للتغيير، والاتجاه الموجب نحو عملية العلاج، والدافعية القوية.

ومن معوقات الاستعداد: الاتجاه السالب نحو عملية العلاج، والخوف من نقص الخصوصية والسرية، ووجود خبرات سابقة غير سارة ترتبط بالعلاج النفسى. ويمكن التغلب على هذه المعوقات عن طريق التوجيه والتشجيع، وإعطاء المعلومات الصحيحة من خلال العملية التربوية، ومن خلال وسائل الإعلام بما يعتبر توجيهاً سابقاً للحصول على خدمات العلاج النفسى.

ويمكن الاستدلال على حسن استعداد المريض حين يدخل في الموضوع بعمق وبمسئولية ويكشف عن مشكلاته ليس على مستوى الواجهة، ولكن على مستوى الجوهر. فقد يذكر المريض « مشكلة واجهة» مثل ضعف المستوى التحصيلي.

الحصول على المعلومات:

وأهم فنيات الحصول على المعلومات اللازمة هو تاريخ الحالة. ويتضمن تاريخ الحالة جمع بيانات عن المريض في حاضره وماضيه. ويتضمن معلومات وبيانات عامة عن المريض، وعن تاريخه التعليمي، وتاريخه المهني، وبيانات شخصية.

ومن أشكال تاريخ الحالة ما يهتم بالجانب الوراثي، والبنائي للشخصية، والجوانب المزاجية والمشاعر والانفعالات، والذكاء والقدرات، والتفكير والانتباه، والعادات، وضبط الذات، والاتجاهات، والسلوك الاجتماعي، ونمط الحياة، ومفهوم الذات.

ومن الفنيات التي تستخدم في تاريخ الحالة: السجلات التراكمية، والسيرة الذاتية، والإنتاج الأدبي والفني.

التشخيص النفسي:

يتضمن تحديد الاضطراب أو المرض في ضوء عملية الفحص ودراسة الأعراض والأسباب.

ويعتمد في عملية التشخيص أساساً على الاختبارات والمقاييس. وهناك بطاريات اختبارات ومقاييس تشخيصية تستخدم بصفة خاصة في إطار العلاج بتحقيق الذات، ومن أشهرها: بطارية تقدير تحقيق الذات - Actualiz-ing Assessment Battery. هذه البطارية تتضمن أربع استبانات تتناول كل منها جانباً من عملية تحقيق الذات. وتستخدم البطارية للكشف عن استعداد المريض، وفي تشخيص، وتحديد مدى وجود أو غياب اتجاهات تحقيق الذات وسلوكياته، وفي تقدير تقدم عملية العلاج.

وفيما يلي وصف موجز للاستبانة الأربع التي تتضمنها البطارية:

١- استبانة التوجه الشخصي: وتقيس التوجه الداخلى مقابل التوجه الخارجى للفرد، والتوجه نحو الماضى والحاضر والمستقبل، ومن بين ما تقيسه الاستبانة درجة تحقيق الذات، واعتبار الذات وتقبل الذات، وتقبل الآخرين، والعلاقات الاجتماعية.

٢- استبانة العلاقات الاجتماعية: وتقيس فعالية العلاقات الاجتماعية، وخاصة بين الزوجين أو أفراد الأسرة، وعلاقات الحب والاهتمام. فمثلا توجه الاستجابات نحو شريك الحياة الفعلى أو شريك الحياة المثالى من الجنس الآخر. وتعطى هذه الاستبانة درجة لتحقيق الذات فى العلاقات الاجتماعية الحميمة كما فى الحياة الزوجية. وتتناول المقاييس الفرعية للاستبانة نمو الحب بما فى ذلك حب الذات.

٣- استبانة التجاذب الثنائى: وتقوم على أساس وجود التناقضات الأساسية وبصفة خاصة: الغضب - الحب، القوة - الضعف. وتكشف عن طبيعة التجاذب بين الأزواج مثلا، ومن بينها تحقيق الذات بصفة خاصة والعلاقات المدعمة لتحقيق الذات.

٤ - أبعاد التوجه الشخصى: وهذه أداة بحث تعتبر امتدادا وتطويرا لاستبانة التوجه الشخصى. وهى تفيد أساسا فى تقدير أبعاد مثل: التوجه (الزمان والمكان)، والتناقض (القوة - الضعف، الحب - الغضب)، والتكامل، والوعى.

العلاقة العلاجية:

العلاقة العلاجية هى قلب العملية العلاجية ومن أهم عناصرها. وهى العلاقة والتفاعل بين المعالج والمريض.

وتعتبر اتجاهات كل من المعالج والمريض متغيرا هاما فى العلاقة العلاجية. ومن المهم أيضا كيف يستفاد من هذه العلاقة فى مساعدة المريض.

ومن المهم أن تكون هذه العلاقة نموذجاً لما ينبغي أن تكون عليه العلاقات الاجتماعية.

وبلغة نظرية تحقيق الذات، تعتبر العلاقة العلاجية الوسيلة الرئيسية التي يمكن من خلالها التعبير عن المشاعر المتناقضة وحل المشكلات واتخاذ القرارات... إلخ.

وللعلاقة العلاجية أبعاد أساسية متقابلة أهمها: الخصوصية والعمومية، والموضوعية والذاتية، والغموض والوضوح. وعلى المعالج أن يتعامل مع المريض على طول هذه الأبعاد المتناقضة الأطراف.

وتتم العلاقة العلاجية في إطار أخلاقيات العلاج النفسي بصفة عامة. ولكي يقيم المعالج علاقة علاجية ناجحة، فإن عليه أن يتقن مهارات إقامة العلاقة، وأن يكون تلقائياً ومتقبلاً ومهتماً، ومتفهماً، ومشاركاً انفعالياً، يفهم المريض من واقع إطاره المرجعي، وقادراً على تحمل المسؤولية.

وتتم العلاقة العلاجية كمواجهة بشرية في مناخ نفسي آمن من أهم عناصره التي يجب توافرها: الدفء والحرية والصراحة والانفتاح والمرونة والتواضع.

وفي العلاقة العلاجية تكون مساندة المريض ذات أهمية خاصة عند حدوث أزمات يجب التغلب عليها، وذلك بتوفير الراحة والأمن والمناخ الانفعالي والاجتماعي المناسب، مما يمكن من حل المشكلات.

استراتيجيات العلاقة العلاجية: هناك استراتيجيات متعددة لتحقيق العلاقة العلاجية وأهمها:

* **بدء العلاقة:** وتتضمن تحية المريض، وموضوعات بدء العلاقة، والاستعدادات المكانية، والاتجاهات الإيجابية.

* **التعبير عن المشاعر بصدق:** سواء بالأساليب اللفظية أو عن طريق الخبرات غير اللفظية بحيث تعبر عن السرور والأمن والثقة والقيمة

والحب والتفاؤل والدفع، مع تجنب مشاعر الإثم والرفض والخوف والاكئاب والتقرز والتشاؤم والتمرد والرفض والعدوان.

* **التقبل:** ويتضمن التعبير لفظاً وإشارة، خاصة الوجه واليدين.

* **الاتفاق على طبيعة ومحددات وأهداف عملية العلاج:** فيما يشبه التعاقد بين المعالج والمريض.

* **الإصغاء:** ويتضمن حسن الإصغاء المتبادل بين المعالج والمريض.

* **القيادة:** وتتضمن المبادرة والهداية والإرشاد والقيام بالخطوات الأولى والتشجيع.

* **الطمأننة:** وتتضمن المساندة وخاصة أثناء المواقف الحرجة.

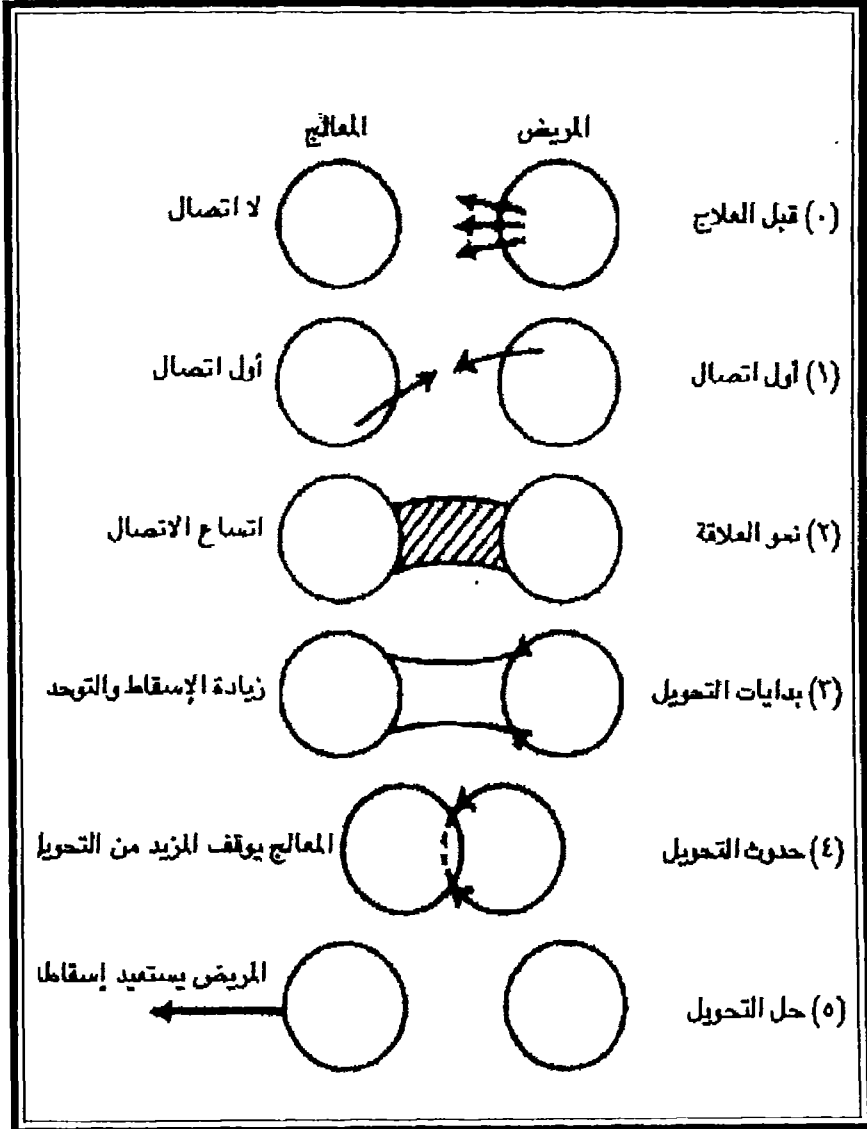
* **مهارات الإنهاء:** وتتضمن مهارات إنهاء وحدات المناقشة، ومهارات إنهاء الجلسة، ومن أهمها التلخيص والإشارة إلى الجلسة القادمة، وما يتوقع من المريض بعد الجلسة، ومهارات إنهاء عملية العلاج، ومنها الإشارة إلى تحقيق الأهداف والإشارة إلى المتابعة.

معوقات العلاقة العلاجية: ويقصد بها ما قد يطرأ على العلاقة العلاجية من معوقات يجب التغلب عليها حتى تسير العملية العلاجية نحو أهدافها. وأهم المعوقات هي:

* **التحويل:** Transference: حيث يعبر المريض عن انفعالات نحو المعالج كإسقاطات لاشعورية لخبرات سابقة وحاضرة يتم إحيائها وطرحها على شخص المعالج، ومعظم هذه الانفعالات إما حب (تحويل موجب) أو كراهية (تحويل سالب). والتحويل له درجات (حسب الشدة) هي مشاعر التحويل وحالة التحويل، وعصاب التحويل. ويمكن الاستفادة من التحويل في فهم وتشخيص حالة المريض. ويوضح شكل (٥٣) نمو علاقة التحويل بين المريض والمعالج وحلها. ويلاحظ أن حل التحويل أمر هام سواء كان موجبا أو سالبا. ويلاحظ أيضا أن التحويل الموجب

قد يتبعه تحويل سالب. وحل التحويل يتلخص فى إخراج المريض من الحب بعد أن وقع فيه، أو تخليصه من كره تورط فيه. ويمكن للمعالج استغلال التحويل كوسيلة لتفريغ انفعالات سابقة مكبوتة، وكعينة لسلوك المريض. ويجب على المعالج الحرص والحيلولة دون تعمق علاقة التحويل. ويجب العمل على حل التحويل فى الوقت المناسب، وذلك عن طريق إفهام المريض بحقيقة المشاعر وتفسيرها وردها إليه.

✱ **المقاومة: Resistance** تعتبر المقاومة التى تظهر أثناء عملية العلاج إحدى الوظائف الدفاعية فى مستوى الواجهة، وهى قوى لاشعورية مقاومة أو مضادة لعملية العلاج. وعلى المعالج أن يقلل من مفعولها أو القضاء عليها. ومن أهم أسباب المقاومة حرص المريض على ستر سره ومقاومة كشف سره أو كشف ستره. والمقاومة عكس التعبير الحر. وتظهر المقاومة الصريحة من خلال رفض العلاج واتخاذ موقف مضاد، وعدم المواظبة، ونسيان مواعيد الجلسات، ونقص الاهتمام، والصمت، والانسحاب. وتحدث المقاومة عندما يدرك المريض تهديدا نتيجة لكشف ذاته أو فقدان مكسب ثانوى يحصل عليه من المرض، فيهب لاشعوريا للدفاع فى شكل مقاومة للعلاج. وعلى المعالج مقاومة المقاومة حتى قبل ظهورها. ومن أساليب مقاومة المقاومة: البساطة والصراحة، وروح المرح، وتدعيم الثقة والتفاؤل، وتأكيد السرية فى إطار الألفة والمناخ الديموقراطي، وتخفيض الشحنة الانفعالية خلال الجلسات العلاجية، وتقبل المريض ومساندته وتفسير المقاومة وتفنيدتها مع المريض.



شكل (٥٣) نمو علاقة التحويل بين المريض والمعالج، وحلها

الفصل الثالث والعشرون

العلاج النفسي بالفن

ART PSYCHOTHERAPY

ماهية العلاج النفسي بالفن؛

العلاج النفسي بالفن طريقة فعالة في علاج الاضطرابات النفسية لدى الفرد الذي يعبر سلوكيا بالفن أكثر من تعبيره لفظيا (هاريت وادسون Wadson، ١٩٨٧).

والعلاج بالفن علاج وفن وأكثر. وهو ليس إضافة التعبير الفني إلى عملية العلاج النفسي، وليس مجرد إضافة العلاج إلى الفن. إنه تركيب وكيان جديد، إن مثله كمثل الماء ليس مجرد هيدروجين وأوكسجين.

إن التعبير الفني يستثير الخيال والابتكار، ويسر إخراج المواد اللاشعورية. إنه يتيح التعبير عن الذات وإسقاط صورة الذات وعالم الفرد.

والفن لغة في حد ذاته يتيح الفرصة للتعبير المرح والجاد في نفس الوقت، ويتم من خلاله تشكيل إنتاج جميل وغريب وسار وكثير معبر طول الوقت.

والتعبير الفني فرصة كبيرة للابتكار والإبداع والسعى نحو الإنقار. إن خبرة مراجعة ما يعمله الإنسان بيديه خبرة عظيمة - خاصة عندما يستطيع أن يعبر بيديه عن ما في عقله. (انظر أوديت كرامر، Kramer، ١٩٥٨، ١٩٧١، ١٩٧٩).

والتعبير بالفن قد يعبر عن العالم الداخلي للفرد أو عن العالم من خارجه، أو يعبر عن عالم جديد.

وبينما يمكن أن يقوم بالإنتاج الفني شخص بمفرده، فإن العلاج يتضمن

وجود علاقة بين اثنين على الأقل معالج ومريض، هذه العلاقة يمكن أن يطلق عليها مصطلح «التحالف العلاجي» Therapeutic Alliance الذى يتضمن العمل معا وليس شخصا يعمل سعيًا من أجل شخص آخر.

ويمكن تشبيه عملية العلاج بعملية فلاحه البساتين، فالبستاني يفلح الأرض، ويبذر البذور ويروىها. وهو لا ينمى البذرة لأن البذرة تنمو بنفسها. وبعض العملاء تكون ظروف نموهم غير مناسبة، فضوء الشمس قد يكون غير كاف، وقد تكون التربة مالحة والمياه قليلة.

وفى حديقة العلاج ينمو المريض بنفسه ويستكشف ذاته. والعلاج بالفن أكثر من مجرد فن يستخدم علاجيا أو علاج مضاف إليه بعض الفن.

والعالم الداخلى الخيالى للفرد عالم خاص يمكن أن يعبر عنه فى عالم الإنتاج الفنى المرئى على الورق أو استخدام طين الصلصال. والعلاج بالفن هو الذى يخرج ما بالداخل ليراه، الفرد ويراه غيره.

والتعبير عن النفس واستكشافها وعن الفرد، الذى يعتبر عملا فنيا حين يتكامل مع النمو الشخصى الإيجابى من خلال عملية العلاج النفسى، ينتج عنه تعبير عن الذات واكتشاف لها.

هذا وتعتبر مارجرىث نومبورج Naumburg إحدى رواد العلاج النفسى بالفن حيث أسست مدرسة والدين Walden عام ١٩١٥، واشتهرت بدراسة العواطف اللاشعورية من خلال ممارسة الفن، وتحليل الأعمال الفنية وتشخيص الاضطرابات المرضية من خلال تحليل الأعمال الفنية (انظر مارجرىث نومبورج Naumburg، ١٩٦٦، ١٩٧٣).

المعالج بالفن:

المعالج بالفن هو أحد طرفى العلاج بالفن. وهو معالج تخصص فى هذه الطريقة العلاجية. والمعالج بالفن هو الثابت نسبيا فى المعادلة، بالمواد، والمكان، والفنيات، بينما المرضى متغيرون، وعملهم دينامى.

و المعالج بالفن له خبرات حياته، وهذا يؤثر في عمله . إنه يأتي لعملية العلاج يحمل خبراته الزوجية والأسرية والوالدية، ويأتي بخبراته السارة والمؤلمة. وعلى هذا فمن النادر أن تجد معالجين يقومان بعملية علاج بنفس الطريقة تماما على الرغم من أن أهدافهما وتدريبهما قد تكون متطابقة.

وهناك سمات وخصائص شخصية لا بد من توافرها في المعالج بالفن. فإلى جانب اهتمامه و حبه لمساعدة المرضى، فإن عليه مشاركة المريض عمليا. ومن السمات الهامة « الوعي بالذات». حتى يستطيع مساعدة المريض في أن يعي ذاته. و من السمات الضرورية الانفتاح، والذكاء، والقدرة على توجيه الذات والابتكار بصفة خاصة. والمشاركة الوجدانية بصفة عامة حتى يكون المعالج حساسا لمشكلات واضطرابات مرضاه. ومن السمات الهامة في المعالج أن يكون صحيحا نفسيا وألا يكون «معالجا مريضا» (باب النجار مخلوع).

أما عن الخلفية النظرية للمعالج بالفن، فهو ليس له نظرية واضحة المعالم كالتحليل النفسي أو العلاج السلوكي أو العلاج الجشالتى. إنه يستعير من عدد من النظريات مفاهيم تناسبه، ويركز على الابتكار.

وبعض المعالجين بالفن يتبنون نظريات محددة مثل التحليل النفسي. والعلاج بالفن من طبيعته أنه يقوم على الابتكار. والمعالجون بالفن يكونون من نظريات علم النفس وطرق العلاج النفسى شكلا علاجيا جديدا.

وكثير من المعالجين النفسيين والأطباء النفسيين والمرشدين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين يستخدمون الفن في عملهم العلاجي مع مرضاهم، ومن هنا فإن المعالج بالفن لا بد وأن يحيط علما بالنظريات الأساسية فى علم النفس وبالطرق المختلفة للعلاج النفسى دون أن يتقيد بالضرورة بنظرية بعينها حتى لا يكون مقيدا بها. والعلاج بالفن أساسه الابتكار.

والمعالج بالفن «فنان» إما بالدراسة أو بالهواية أو بالموهبة. والفنان عادة إنسان رومانسى مستقل منطلق لا يتقيد بالتقاليد ويشغل الفن مركز اهتمامه. وحتى إذا لم يكن المعالج بالفن فنانا فعلا فلا بد أن يكون قد مر بخبرات عن النفس لاستكشافها عن طريق الفن، وهذا أمر ضرورى حتى يستطيع أن يشجع ويساعد المرضى فى العلاج بالفن. وعلى العموم فإن المعالج بالفن يحسن أن يكون فنانا.

والمعالج بالفن «معالج»، وهذا هو عمله الأساسى، أى أن عمله العلاج ووسيلته الفن، ويحتاج إلى دراسة وتدريب وخبرة فى العلاج النفسى على أوسع نطاق. وإذا كان الفنان يهتم بإنتاجه الفنى فى حد ذاته من حيث جودته وأصالته، فإن المعالج بالفن يوجه كل اهتمامه إلى ما يحقق نموا إيجابيا للمريض بصرف النظر عن جودة الإنتاج الفنى. والمعالج بالفن لكى يكون ناجحا يجب أن يكون معالجا أولا وفنانا ثانيا، وألا يكون معلم فن.

وعلى العموم فإن «المعالج بالفن» يستخدم عملية التعبير الفنى من أجل تحقيق النمو الإيجابى للمريض وحل مشكلاته والتخلص من اضطراباته السلوكية.

والحساسية لحاجات المريض أمر هام للعلاج بالفن حسب جنس المريض، ومرحلة نموه ومشكلاته. ومن المهم جدا أن يعبر الرسم عن حاجة المريض أو يشبع له حاجة.

إجراءات العلاج النفسى بالفن؛

يتضمن العلاج النفسى بالفن عدة إجراءات يتعلق بعضها بمتطلبات العملية العلاجية، وبعضها بالبيئة العلاجية، وبعضها بالمواد الفنية. وهناك إجراءات تتعلق بتشجيع التعبير الفنى وفهمه، وإقامة علاقة علاجية وتفاعل مع المريض حول تعبيره الفنى لتشخيص حالته ولزيادة وعيه ونموه.

متطلبات العلاج بالفن:

أما عن متطلبات العلاج بالفن فيقصد بها: المواد، والمكان، وتنظيم عملية العلاج بالفن. وتبدأ بالأسلوب الذى جاء بالمرضى للعلاج وعملية الإحالة، وعناصر الزمن وطول الجلسات وتكرارها، ومدة العلاج بالفن.

أما عن الزمن فيتضمن كلا من الإنتاج الفنى ومناقشة هذا الإنتاج ويتفاوت الزمن الذى تستغرقه عملية العلاج بالفن حسب الحالة، وما إذا كان العلاج فردياً أو جماعياً أو مختصراً (سينراداد Sinradad، ١٩٦٤). ومن المهم فى العلاج بالفن أن تكون جلساته متصلة، ومستمرة، ويحسن ألا تقل الجلسات عن واحدة فى الأسبوع. ويمكن أن تكون الجلسات ساعة أو ساعتين للجلسة الواحدة، وقد تستغرق معظم اليوم أو ورشة نهاية الأسبوع، ويمكن أن يتم هذا فى مرسوم مفتوح يستطيع أن يأتى إليه المرضى ويذهبون فى أى وقت.

وأما عن الأنشطة الفنية فنحنى بها الأنشطة الفعلية فى العلاج بالفن. وهناك أنشطة فنية يطلب من المريض القيام بها، وهناك أنشطة فنية حرة يترك له الخيار فيها، ويتوقف ذلك على مدى الحاجة إلى جمع معلومات معينة عن المريض، أو تحقيق هدف معين، أو تحقيق إحدى حاجات المريض.

وأما عن المواد التى يجب أن تتوافر فأهمها: ألوان الباستيل، وأقلام الفلوماستر، وألوان المياه، والفرش، وطين الصلصال، والخزف، واللوحات وأوراق الرسم، والصمغ، والمقصات، ولوح الكنفاه، وأشغال الإبرة وأدوات التصوير، والفسيفساء والطباعة... إلخ.

وأما عن مضمون العلاج بالفن فإنه يتفاوت من البساطة إلى التعقيد حسب المواد المتوافرة، وحسب الزمن المتاح، وحسب ما إذا كان العلاج فردياً أم جماعياً، وحسب هدف العلاج. فمثلاً إذا كان العلاج هو تحسين مستوى التوافق الاجتماعى كان العلاج الجماعى أفضل، وإذا كان العلاج يتم مع المعاقين جسدياً ينبغى عمل حساب عامل الإعاقة.

ويمكن أن يتم العلاج بالفن من خلال عمل «مشروعات» يتم التخطيط لها عن قصد بما يتناسب مع قدرات المرضى وحاجاتهم والمصادر والإمكانات المتاحة، ومن أمثلة ذلك مشروعات دراما العرائس.

وهكذا فإن المعالج بالفن يوظف معرفته بالمواد الفنية وحساسيته لحالة مرضاه وحاجاتهم خلال الجلسات العلاجية لتيسير التعبير الفنى لتحقيق الأهداف العلاجية بالنسبة للمريض.

تشجيع التعبير الفنى:

يتم تشجيع التعبير الفنى من خلال تهيئة بيئة علاجية يتم فيها مواجهة ابتكارية فى التعبير الفنى.

والإنتاج الفنى وسيلة خاصة للابتكار حيث يبدع الفرد إنتاجا وعالما جديدا يعبر عن ذاته، ويعتبر امتدادا لذاته يمكن أن يراها، وأن يلمسها وأن يحركها، وأن ينقدها. والإنتاج الفنى بهذه الصورة يصبح جزءا من الذات انفصل عنها معبرا عن قدرة المريض على عمل شئ، فهو يقول إننى عملت هذا ويشعر بالفخر.

ويتضمن التعبير الفنى كذلك المساعدة فى إزالة عوائق التعبير الابتكاري والخوف من الأداء وقلق الأداء. ومما يساعد فى ذلك إقناع المريض أو اقتناعه بأن المعالج ليس حكما ولا مقيما لإنتاجه الفنى، ولكنه ميسر متقبل مهتم معالج، بحيث يزول الخوف والقلق.

ويتضمن تشجيع التعبير الفنى أيضا المساعدة فى التخلص من الخوف من كشف الذات لأن المريض يعرف أن المعالج بالفن سوف «يقرأ» إنتاجه الفنى. ويساعد على إزالة هذا الخوف تعريف المريض بأهداف عملية العلاج، وأن المعالج والمريض يقرآن معا ويستفيد المريض مما يكشف عنه التعبير الفنى، وأنهما يريان معا الإنتاج الفنى وقد لا يراه أحد غيرهما حسب رغبة المريض.

وقد يوافق المريض على عرض إنتاجه الفنى، وهنا يساعد المعالج لإشعار المريض بالثقة فى النفس والفخر، ويشجعه على المزيد من الإنتاج الفنى.

ومن المفيد فى تشجيع التعبير الفنى استخدام الحوافز الإيجابية كالمكان المناسب والمواد المتوافرة والعلاقة العلاجية الموجبة بين المعالج والمريض.

ويجب أن يعمل المعالج على تجنب مقاومة المريض بالإنتاج الفنى. وهذا يحدث عادة فى حالة دفع المريض دفعا. وقد ذكرنا أهمية التحالف العلاجي بين المعالج والمريض بحيث يكون للمريض حرية الاختيار والتعبير.

فهم التعبير الفنى:

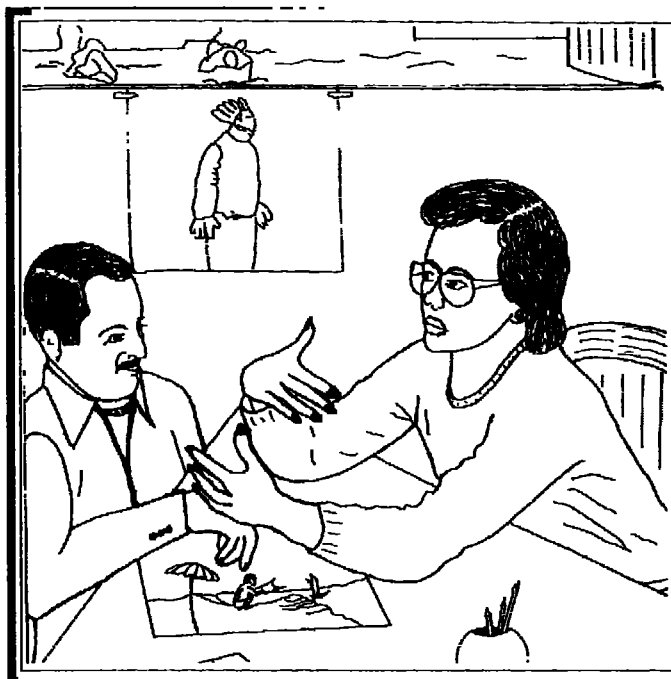
يتضمن التعبير الفنى ماذا تقول الصورة، وماذا يعبر عنه الإنتاج الفنى بصفة عامة، وما تعليق المريض عليه؟ وما علاقته بتاريخه الماضى، وأحداث حياته الحاضرة وفى ضوء علاقته بالمعالج. (انظر شكل ٥٤).

ومعروف أن التعبير الفنى له معنى فى حد ذاته، وأنه فى إطار العلاج بالفن بصفة خاصة يجب النظر إلى التعبير الفنى وفهمه فى ضوء معرفة شخصية منتجته وظروفه.

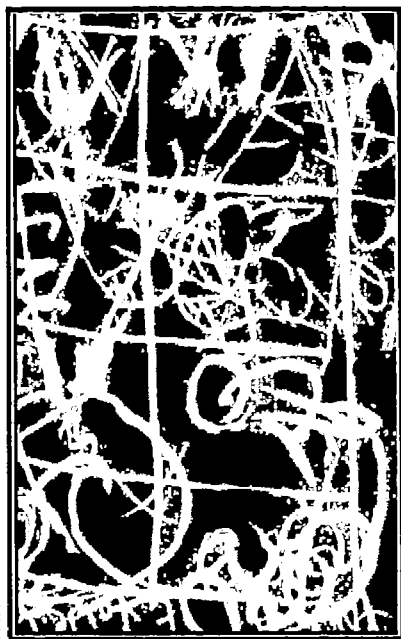
وتقسيم التعبير الفنى يكون عادة أو غالبا كليا ولا يتناول خاصية تلو الأخرى. فمثلا شكل (٥٥) الانطباع العام عنه هو نقص التنظيم.

وهناك من يفسرون التعبير الفنى فى ضوء خصائص مجردة. فمثلا بالنسبة لخصائص الصور والأدوات، والخامات، والتنظيم، واستخدام المكان، والتوازن بين الأجزاء، والشكل، واللون (كما وتناسقا، وتعبيرا عن الانفعال)، والخطوط (قوة وسمكا، وتحديدًا، واتجاهًا، وكما)، ومركز الاهتمام، وتوزيع الاتجاه، والانتباه، والحركة (نقصها أو السكون)، تعبير عن العنف. وشكل (٥٦) يعبر عن العنف، وشكل (٥٧) يعبر عن العدوان، شكل (٥٨) يعبر عن الحزن.

وهكذا بالنسبة لخصائص النحت: الأدوات والخامات، والحجم، والاستخدام والبنية، والمكان، والتوازن بين الأجزاء، والملمس، والاتجاه، والحركة، والتفاصيل، والمحتوى، والوجدان.



شكل (٥٤) مناقشة الإنتاج الفني للمريض إجراء هام في عملية العلاج بالفن

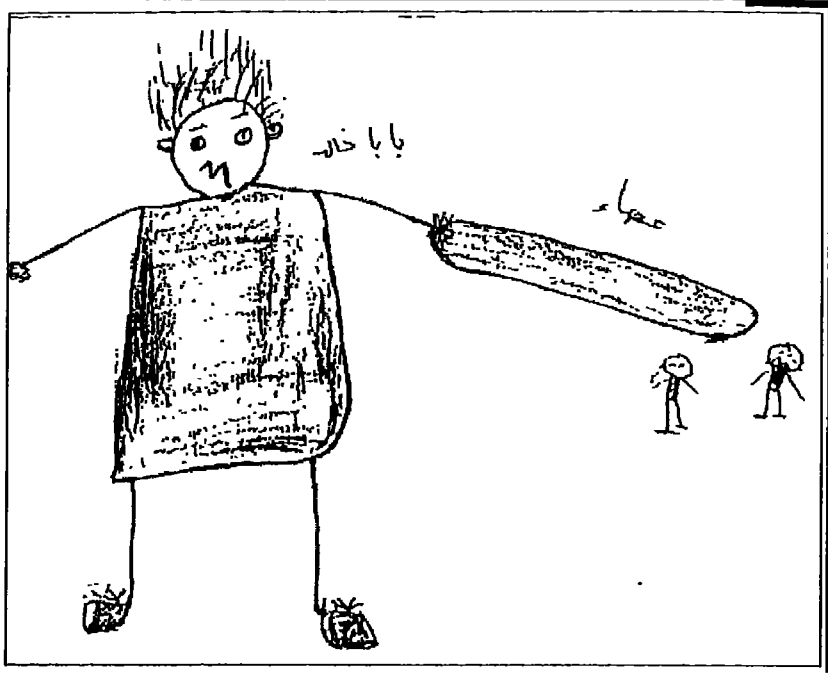


شكل (٥٥)
رسم ينقصه التنظيم (لمريض فصامي)

التشخيص:

يستفاد من الإنتاج الفني في عملية التشخيص النفسي. ويلاحظ أنه على الرغم من أن خصائص الرسم والنحت يمكن أن تمدنا بمعلومات عن حالة المريض، فإن المرضى ذوى التشخيص الواحد قد يختلفون في خصائص رسومهم أو نحتهم مثل: اللون والشكل والتركيز والحركة وغير ذلك.

(مارفين كليش ولورا لوجي Klesch & Logie، ١٩٨٢).



شكل (٥٦) تعبير عن العنف

ويلاحظ أن الأدب العلمى ملئ بتعبيرات مثل:

= المفسومون: يرسمون صورا مجزأة، وكأنها مكسرة أو مؤلفة من شظايا.

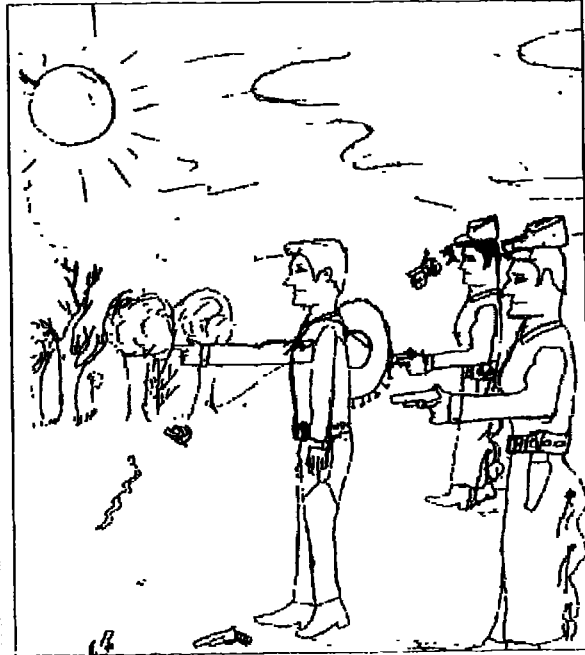
= المكتئبون: يرسمون صورا مظلمة أو داكنة أو سوداء.

= الكحوليون: غالبا يرسمون الماء.

ويجب أن نعرف أنه لا توجد رسوم يمكن أن تسمى بشقة رسوم

المقصومين، ولكن هناك رسوم من خصائصها الخلط والتقطع والغرابة وهى تشير إلى الفصام. فعلى سبيل المثال، يوضح شكل (٥٩) تطور الاضطراب النفسى كما ينعكس فى الرسم لفنان إنجليزى مريض بالفصام اسمه لويس وين Wain. وتوضح الصور الأربع التغيرات التى طرأت على التعبير الفنى بالرسم مع تطور مرض الفصام. ويلاحظ تزايد تشوه وغرابة رسم القطة بعد أن كانت عادية فى الصورة الأولى. وانظر أيضا إلى شكل (٦٠) وهو رسم لمريض بالفصام المبكر بعنوان «الرجل الشجرة» وهو يمك برأس آدمية. ويلاحظ فى رسم مرضى الفصام كذلك البعد عن الواقع كما فى رسم الشمس والقمر معا أو رسم شمسين معا أو قمرين معا فى رسم واحد.

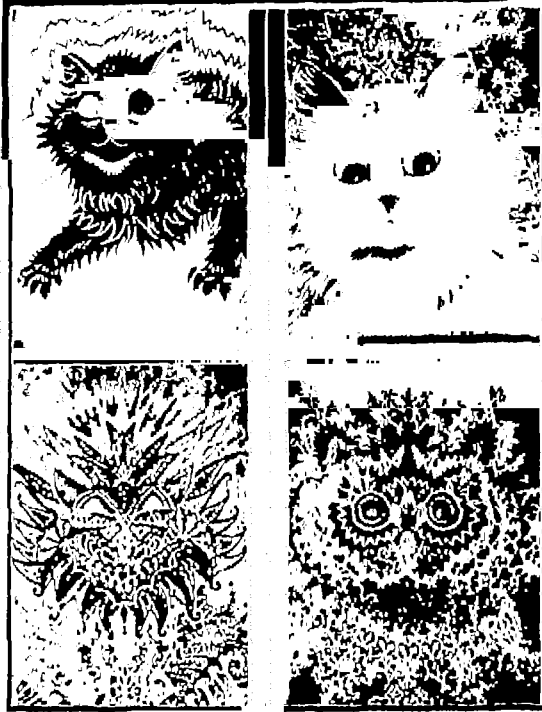
ومعروف أن التشخيص ينبغى أن يكون دقيقا وحريصا وواضحا لما يترتب عليه من إجراءات علاجية. ولذلك نؤكد أن العمل الفنى وحده حتى وإن كاد ينطق معبرا عن نفسه لا يكفى لتشخيص مؤكد ويحتاج إلى معلومات إضافية تساعد فى فهمه.



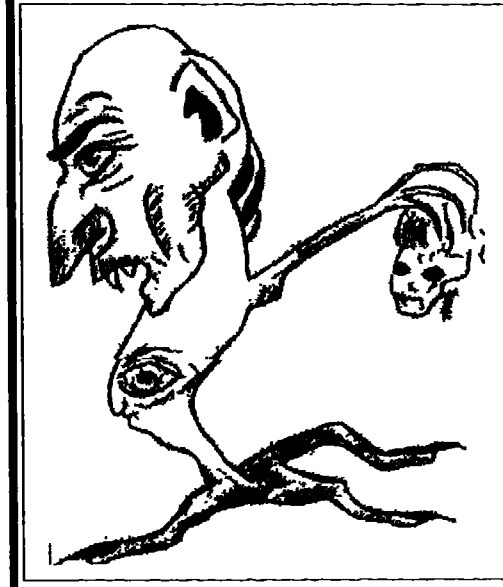
شكل (٥٧) تعبير عن العدوان



شكل (٥٨) تعبير عن الحزن



شكل (٥٩)
تطور الاضطراب النفسي
كما ينعكس في الرسم
لفنان مصاب بالفصام



شكل (٦٠) صورة « الرجل الشجرة » (رسم لمرضى بالفصام)

التفاعل مع المريض حول التعبير الفني:

يتفاعل المعالج بالفن مع المريض حول التعبير الفني سعياً لتحقيق الأهداف العلاجية، وباستخدام الأساليب التي تحقق التحالف العلاجي، ومواجهة ما قد يحدث من طوارئ مثل: التحويل أو المقاومة. والفن تعبير صادر من المريض، فهو جزء منه ينظر إليه بجد واحترام وعناية وتقبل واهتمام.

ومن الوسائل الهامة في تحقيق التفاعل مع المريض في التعبير الفني في رأى البعض، مشاركة المعالج للمريض في العمل الفني. وفي نفس الوقت يرى البعض عدم اشتراك المعالج مع المريض في العمل الفني، حتى يتفرغ المعالج للانتباه للمريض، وحتى لا يشتت المريض أثناء عمله الفني، وحتى لا يضيع المعالج وقته في العمل الفني. وربما يكون الحل الأوسط هو المرغوب لدى الكثيرين - أى المشاركة المحدودة بقصد تشجيع المريض على

البداية أو الاستمرار وتوثيقا للعلاقة العلاجية. وهكذا نرى أن مهارة وابتكارية المعالج بالفن أمر هام جدا يتطلب فهم الذات وفهم المريض والفن والحياة مع التدريب المستمر والخبرة الواسعة.

ويبذل المعالج جهدا في تشجيع المريض للاندماج في العمل الفني، ويلاحظ المريض أثناء العمل، وهل يتم العمل الفني في صمت أم يتكلم في هدوء أم بانفعال، باهتمام أم مجرد أداء واجب؟ وطالما كان المريض مهتما منهمكا فيفضل عدم تدخل المعالج إلا إذا طلب منه المريض ذلك.

وبعد ذلك تبدأ مناقشة العمل الفني. وفي معظم الحالات يبدأ المريض في الكلام عن عمله الفني. ويساعد المعالج مريضه في استكشاف عمله الفني أكثر، ويمكن توجيه بعض الأسئلة الاستيضاحية.

وقد تؤدي مناقشة العمل الفني إلى ما هو أبعد من مجرد مناقشته. ويناقش المعالج ما عساه أن يكون موجودا في الرسم من مشاعر وانفعالات تم التعبير عنها كما يتضح في تعبيرات الوجوه، واستخدامات الألوان... إلخ.

ويستمر المعالج في تشجيع المريض على المناقشة والاستكشاف والتفسير. وقد تؤدي مناقشة التعبير الفني إلى التداعي الحر أو الترابط الطليق، وإلى حكاية قصص يستثيرها العمل الفني، ومناقشة عناصر معينة في الرسم.

وتحتاج مناقشة العمل الفني إلى مهارة خاصة، وخبرة فنية وعلاجية. ويتم العمل الفني والعملية العلاجية في إطار تحالف علاجي ومشاركة مستمرة. ويجب التغلب على ما قد يطرأ من مقاومة، والتي تظهر في عدم إقبال المريض على الانتاج الفني أو إحجامه عن مناقشته أو إنتاج أقل القليل منه. وفي هذه الحالات وغيرها يحاول المعالج تشجيع المريض وتنشيطه وإقناعه بعمل مزيد من الإنتاج الفني.

ويجب أيضا التغلب على ما قد يطرأ من تحويل موجب أو سالب من قبل المريض تجاه المعالج باستخدام فنيات تحليل التحويل المعروفة.

وفي تحليل التحويل تستخدم المواد الفنية. فالمعالج بالفن هو الذى يمد المريض بالمواد وكأنه الوالد الذى يمد ولده بالمواد مجاناً. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فقد ينظر إلى المعالج على أنه أمر ناه وهو يطلب من المريض أن يحضر المواد الفنية لتحليل التحويل حسب الموقف، ويكون دور المعالج هو تيسير التعبير الفنى بحرية، وليس دور الموجه أو الرقيب للاستخدام الأمثل للمواد. وقد ينظر بعض المرضى إلى المواد الفنية كامتداد لشخص المعالج بالفن، وتعامل على هذا الأساس بالحب أو الكره، بالألفة أو الخوف، بالرقعة أو العنف حسب حالة التحويل الموجب أو السالب. وهنا يقوم المعالج بالفن بدور هام لتحليل التحويل حيث يصحح الوضع بحيث يتم التعامل مع المواد كمواد فى حياد واستقلال عن ظاهرة التحويل.

مراحل العلاج بالفن:

تم عملية العلاج بالفن على مراحل من بدايتها إلى وسطها إلى نهايتها.

بداية عملية العلاج بالفن:

تبدأ عملية العلاج بالفن قبل أن يتقابل المعالج والمريض. إن إعداد غرفة العلاج بالفن، وإعداد المواد الفنية يعتبر فى حد ذاته بداية لعملية العلاج. ومنذ بداية العلاج بالفن لابد وأن تحدد الأهداف العامة والإجرائية.

ومن أمثلة الأهداف الإجرائية:

* أن ينخفض السلوك العدوانى عند المريض.

* أن يتم التخلص من خوف مرضى لدى المريض.

ويتم الاستعانة بأى سجلات عن المريض جنباً إلى جنب مع كل ما يتيسر من وسائل الحصول على معلومات عنه.

ويهتم المعالج بالفن فى بداية عملية العلاج بعملية التقييم والتقدير بهدف

الحصول على معلومات عن المريض وشخصيته، ومشكلاته، وعليه أن يؤكد للمريض ضمان السرية التامة للمعلومات التي يجمعها عنه.

وتفيد إجراءات التقييم والتقدير في بداية عملية العلاج في تكوين الألفة مع المريض حيث تتم عادة في مناخ نفسي مناسب ومشجع، مع تعريف المريض أن الإنتاج الفني هو بهدف التقييم والتشخيص والعلاج وليس إنتاجاً فنياً يخضع لمعايير الإنتاج الفني.

ويتم تحديد طبيعة التقييم والحصول على المعلومات مثل رسم صورة تعبر عن مشاعر المريض مثل: اليأس، أو الخوف، أو الغضب، أو العدوان، أو رسم صورة للذات، أو صورة تصور مرضهم أو تصور الهلوسات أو الخيالات، أو صورة الأسرة. (انظر شكل ٦١).

ويبدأ بعض المعالجين عملية الرسم برسم «حر» دون تعليمات، حيث يرسم المريض ما يشاء، وحيث يتداخل الواقع مع الخيال، وحيث قد يصور أحلامه ورغباته.

وعلى العموم فإن التقييم والتقدير يتم للحصول على معلومات تفيد في تحديد مدى مناسبة العلاج بالفن بالنسبة للمريض ودراسة شخصيته وتقدير مدى فاعلية العملية العلاجية.

أما عن العلاج في بداية العملية فيتركز في العلاقة العلاجية الحساسة المشجعة الآمنة الدافئة الصديقة، حيث يلتقى المعالج والمريض على أرض المريض انفعالياً ومعرفياً.

وهكذا يعمل المعالج على تهيئة جو الألفة واستخدام الإنتاج الفني في عملية التقييم والتقدير، واستخدامه علاجياً.

ويلجأ بعض المعالجين إلى تسجيل جلسات العلاج بالفن بالصوت والصورة بعد إذن المريض - طبعاً - بينما يكتفى البعض بالملاحظات.

وفي بداية الجلسات العلاجية يبدأ المريض عادة برسم أو بعمل فني آخر.



شكل (٦١) صورة الأسرة، توضح انعزال الحالة (إلى اليمين)

وقد يظهر من البداية وفي وضوح صراعات المريض أو مخاوفه. وتسير العملية العلاجية لتحقيق أهدافه.

ويحرص المعالج في نهايات الجلسات العلاجية على تقديم بعض التعليقات الإيجابية التي تعبر عن المشاركة الانفعالية وعن إيجابية المريض وجهوده في إنتاج الجلسة مع بعض الكلمات عن الجلسة التالية.

ويلاحظ أن طارئ التحويل قد يحدث منذ بداية عملية العلاج. وعلى المعالج أن يستفيد منه في عملية التشخيص وفهم سلوك المريض وأن يحلله. وفي هذه المرحلة الأولى من عملية العلاج يعمل المعالج على تدعيم تحالفه مع المريض، مع ملاحظة أن نجاح العملية في هذه المرحلة يتوقف عليه استمرارها.

وسط عملية العلاج بالفن:

هذه المرحلة تتواصل مع سابقتها «البداية»، ولاحتقتها «النهاية»، وليس

بينها فواصل واضحة. ويكون «التحالف العلاجي» قد تم. وتم تحديد الاتجاهات والحدود.

ومن خلال نمو عملية العلاج بالفن وتقدمها يزداد الثقة المتبادلة وتزداد تقوية ذات المريض وثقته في عمله وفي نفسه ويتخلص من مخاوفه.

وتفيد الرسوم في المرحلة الوسطى في التعبير عن تقدم عملية العلاج النفسي، وبصفة خاصة الرسوم المعبرة عن صورة الذات، والتي تعبر عن الاتجاهات والمشاعر.

وفي نهاية هذه المرحلة الوسطى يمهد المعالج لمرحلة إنهاء عملية العلاج، حيث يتخفف المعالج من تواجده مع العميل أثناء العمل الفني بالتدرج.

إنهاء عملية العلاج بالفن:

وهي مرحلة لا بد وأن تأتي بعد أن أثمرت عملية العلاج في بدايتها ووسطها، لأن مرحلة العلاج لا يمكن أن تكون مفتوحة الطرف ولا يمكن أن تستمر إلى ما لا نهاية.

ويلاحظ أن إنهاء عملية العلاج تعتبر خبرة انفصال بين المعالج والمريض لا بد أن يمهد لها، ويجب أن تتم بمهارة.

وأفضل إنهاء لعملية العلاج هو الإنهاء الذي يكون بسبب تحقيق أهدافها بعد أن يتم العلاج والشفاء. ويكون إنهاء عملية العلاج صعباً نسبياً في حالة الإحالة إلى أخصائيين آخرين أو إلى مؤسسة علاجية أخرى.

ويلاحظ أن فنيات إنهاء عملية العلاج بالفن تختلف في حالات العلاج الفردي وفي حالات العلاج الجماعي، وحالات العلاج المختصر.

وفي إنهاء عملية العلاج بصفة عامة عادة يتم عمل حساب البيئة التي يعود إليها المريض وأسلوب حياته ومسئوليته.

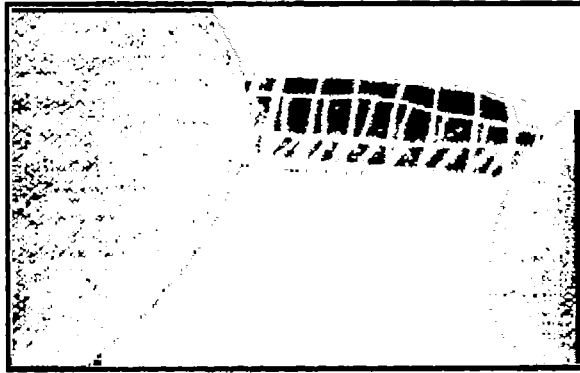
وفى مرحلة الإنهاء يحدث مراجعة لنتائج الجلسات السابقة، وما تم إنجازه، وماذا بقى لكى يتم.

وفى إنهاء عملية العلاج بالفن يمكن أن يأخذ المريض معه إنتاجه الفنى كذكرى لمرحلة العلاج، وقد يترك بعضها لدى المعالج كذكرى له.

وفى مرحلة الإنهاء يتم استعراض ومراجعة جميع الإنتاج الفنى منذ البداية، ويقوم بذلك المعالج والمريض، ويمكن أن يعبر الإنتاج الفنى عن عملية الإنهاء.

ومن أمثلة الصور التى تعبر عن إنهاء العلاج شكل (٦٢) فهو يعبر عن العبور عبر قنطرة من المستشفى إلى المنزل.

وفى نهاية عملية العلاج بالفن يكون قد توافر للمعالج والمريض سجل فريد لمرحلة العلاج يمثل فى الأعمال الفنية.



شكل (٦٢) تعبير عن العبور من المستشفى إلى المنزل

الفصل الرابع والعشرون العلاج النفسى الدينى

مقدمة:

إن القرآن الكريم والأحاديث النبوية الشريفة والعقائد والتعاليم الدينية الإسلامية سبقت العلم والعلماء المحدثين الذين حاولوا الغوص فى أعماق النفس البشرية والخروج بآراء ونظريات فى النفس الإنسانية، والشخصية السوية واللاسوية.

ويهتم العلماء والباحثون - من كافة الأديان - بالعلاج النفسى الدينى مؤكدين أهمية القيم الدينية فى عملية العلاج النفسى وضبط السلوك. (جين فونيردين Vonerden، ١٩٩٤).

ولقد تناولت كثير من البحوث والدراسات المنحى الدينى فى علاج بعض الاضطرابات النفسية التى قد يعانى منها بعض المرضى النفسيين والناجمة عن بعض الضغوط الاجتماعية التى يعانون منها.

ومن أمثلة هذه البحوث، البحث الذى قام به حامد زهران وإجلال يسرى (١٩٩٠) عن الرعاية النفسية للأولاد فى هدى القرآن الكريم، والبحث الذى قامت به إسعاد البنا (١٩٩٠) والتى أظهرت فيه أثر الأدعية والأذكار كأحد طرق العلاج النفسى الدينى فى التخفيف من مستوى القلق. والأسلوب العلاجى المستخدم فى هذا البحث يعتمد على الإدراك والوعى والإقناع والإقبال من قبل المريض مما يحقق نتائج أفضل. ويتضمن أسلوب الذكر والدعاء مخاطبة ربانية - بين العبد وربه - لها أعظم الأثر فى نفس الفرد. كما قد يسهل على الفرد ممارسته دون الحاجة إلى معالج أو مرشد، ودون التعقيد بشكليات الأساليب العلاجية الأخرى.

تعريف العلاج النفسى الدينى:

العلاج النفسى الدينى طريقة علاج وتوجيه وإرشاد وتربية وتعليم. وهو

يقوم على معرفة الفرد لنفسه ولربه ولدينه وللقيم والمبادئ الدينية والأخلاقية.

ويهدف العلاج النفسى الدينى إلى تحرير الفرد المضطرب من مشاعر الإثم والخطيئة التى تهدد أمنه النفسى، ومساعدته على تقبل ذاته، وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسى.

ويحتاج العلاج النفسى الدينى إلى المعالج المؤمن الذى يتبع تعاليم دينه ويعتبر الأديان السماوية الأخرى.

والعلاج النفسى الدينى عملية يشترك فيها المعالج والمريض، ويتم خلالها إجراءات مثل: الاعتراف، والتوبة، والاستبصار، والتعلم. ويلجأ المريض إلى الله بالدعاء مبتغياً رحمته مستغفراً إياه، ذاكراً، صابراً، متوكلاً على الله. (حامد زهران، ١٩٩٨).

أسس العلاج النفسى الدينى:

يقوم العلاج النفسى الدينى على أسس أهمها:

* الله سبحانه وتعالى خلق الإنسان، وهو أعلم بمن خلق، ويعلم كيف يصير الإنسان سوياً، ويعلم أسباب فساد وانحراف سلوكه، ويعلم طرق وقايته وصيانته، ويعلم طرق علاجه وصلاحه.

* وفى عقيدتنا الإسلامية- كما قال الله تعالى- «إن الدين عند الله الإسلام»، خاتم الأديان وجامعها، ومحمد ﷺ خاتم الأنبياء والمرسلين. والقرآن الكريم خاتم الكتب السماوية، فيه ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين. قال رسول الله ﷺ: «إني تركت فيكم ما إن تمسكتم به لن تضلوا من بعدى: كتاب الله وسنتى».

* الإنسان المتدين يتمتع بشخصية سوية، ويتمتع بالصحة النفسية، ولا يعانى من المرض النفسى. والإيمان له تأثير عظيم فى نفس الإنسان، فهو يزيد من ثقته فى نفسه ويهديه إلى السلوك السوى، ويغمره بالشعور بالسعادة. (ناهد الخراشى، ١٩٨٧).

أسباب المرض النفسى فى رأى الدين:

من أسباب المرض النفسى فى رأى الدين، ما يلى:

* **الذنوب:** وهى الخطايا والآثام والمعاصى المخالفة للقوانين الإلهية واتباع هوى النفس الأمانة بالسوء.

* **الضلال:** وهو البعد عن الدين، والضلال عن سبيل الله، ومعصية رسوله، وعدم ممارسة العبادات، واتباع الهوى، واتباع الشيطان والإعراض عن ذكر الله، والغفلة، وارتكاب ما حرم الله، وهذا يؤدى إلى الانحراف والشقاء.

* **الصراع:** وهو الصراع بين قوى الخير وقوى الشر فى الإنسان، وبين النفس اللوامة وبين النفس الأمانة بالسوء، مما يحيل النفس المطمئنة إلى نفس مضطربة.

* **ضعف الضمير:** وهو قصوره وعجزه أو غيبته، وعدم تأنيب الضمير عند ارتكاب المعاصى، ويصاحبه ضعف الأخلاق، ويترتب عليه الانحراف السلوكى.

* **أسباب أخرى:** ومنها، الأنانية، والتكالب على الحياة، واتباع الشهوات، والتبرج، والغيرة، والحسد، والشك، وسوء الظن، والغيبة، والكبر، والنفاق.

(محمد كامل النحاس، ١٩٦٤، وكمال إبراهيم مرسى، ١٩٨٨).

أعراض المرض النفسى فى رأى الدين:

من الأعراض الرئيسية للمرض النفسى فى رأى الدين ما يلى:

* **الانحراف:** ويشمل الانحرافات السلوكية وخاصة الانحرافات الجنسية، والكذب، والسرقه، والعدوان، والتمرد، والإدمان،

* **الشعور بالإثم:** ويشمل الشعور بالخطيئة والذنب، وتوقع العقاب، مما يهدد الذات ويظهر عدم الاتزان النفسى وسوء التوافق العام.

- * **الخوف:** ويشمل الخوف المرضى الدائم المتكرر الذى يملك سلوك الإنسان المخطيء.
 - * **القلق:** ويشمل الشعور بالتوتر والضيق والتهيب، وتوقع الخطر، وعدم الاستقرار العام.
 - * **الاكتئاب:** ويشمل الشعور بالكدر والغم والحزن، وانكسار النفس، والتشاؤم، وفقدان لذة الحياة، ونقص الشعور بالأمن والسلام.
- (حامد زهران، ١٩٩٨).

الوقاية من المرض النفسى فى رأى الدين:

- تتلخص أهم أهداف الوقاية من المرض النفسى فى رأى الدين، فى تنمية شخصية المسلم كما حددها الدين.
- وفيما يلى أهم معالم الوقاية من المرض النفسى من وجهة نظر الدين:
- * **الإيمان: (التربية الدينية):** ويتضمن الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله والقدر واليوم الآخر، وحب الله وحب رسوله، وتقوى الله، وخشية الله، والشكر لله.
 - * **التدين (السلوك الدينى):** ويتضمن عبادة الله. والإخلاص لله، والمسئولية، والبعد عن الحرام، والعزة، والقوة.
 - * **الأخلاق: (السلوك الأخلاقى):** وتتضمن حسن الخلق، والاستقامة، وإصلاح النفس، وتزكية النفس، ومعارضة هوى النفس، وضبط النفس، والصدق، والأمانة، والتواضع، ومعاشرة الأخيار، ومراعاة حق الجار، والكلام الحسن، وحفظ السر، واحترام الغير، وقضاء حوائج الناس، والإصلاح بين الناس، وحسن الظن، والتعاون، والاعتدال، والإيثار، والعفو، والعفة، والإحسان، وبقظة الضمير، والسلام.
- (مصطفى عبدالواحد، ١٩٧٠، محمد عثمان نجاتى، ١٩٨٢، محمد المهدي، ١٩٩٠، عبد المنان بار، ١٩٩٣).

طريقة العلاج النفسى الدينى:

فيما يلي أهم معالم طريقة العلاج النفسى الدينى:

* **الاعتراف:** ويتضمن الاعتراف بالذنب وظلم النفس أمام الله، وشكوى النفس من النفس طلبا للخلاص والغفران، وإفشاء الإنسان بما فى نفسه إلى الله، مما يزيل مشاعر الخطيئة والإثم، ويخفف من عذاب الضمير، ويطهر النفس المضطربة ويعيد إليها اطمئنانها وأمنها.

* **التوبة:** وتتضمن الندم على فعل السيئات، والعزم على عدم العودة إليها، والعزم على ترك الذنوب والمعاصى، والنزوع نحو فعل الخير، وتغيير السلوك المنحرف إلى سلوك سوى صالح.

* **الاستبصار:** ويتضمن فهم أسباب الشقاء النفسى، والمشكلات النفسية والدوافع التى أدت إلى ارتكاب الخطيئة والذنوب، وفهم ما بالنفس من خير ومن شر، وتقبل المثل الدينية العليا التى تحدد علاقة الإنسان بربه، وبأخيه الإنسان.

* **التعلم:** ويتضمن تغيير السلوك نتيجة خبرة العلاج، واكتساب قيم واتجاهات جديدة، والقدرة على ضبط النفس، وتحمل المسئوليات، واتخاذ أهداف مشروعة فى الحياة، وتنمية النفس اللوامة كرقب نفسى على السلوك.

* **الدعاء:** ويتضمن سؤال الله القريب المجيب، والاستعانة به والتضرع والالتجاء إليه لكشف الضر عند الشدائد والشفاء من الهم والغم.

* **ابتغاء رحمة الله:** وتتضمن طلب الرحمة والخلاص من الآلام والمتاعب والمشكلات والأزمات فى تفاؤل وأمل.

* **الاستغفار:** ويتضمن طلب الغفران من الله الغفار دون فنوط من رحمته التى وسعت كل شىء.

* **ذكر الله:** ويتضمن الذكر آناء الليل وأطراف النهار بما يبيث الطمأنينة

والهدوء والسعادة فى الإنسان ويبعد عنه الهم والكدر والحزن، ويبعد الشيطان الرجيم.

* **الصبر:** ويتضمن الصبر على الشدائد والمصائب والمكاره والأذى، والصمود أمام النوائب.

* **التوكل على الله:** ويتضمن تفويض الأمر إلى الله، والرضا بمشيئته، والإيمان بالقضاء والقدر.

(حامد زهران، ١٩٩٨).

استخدامات العلاج النفسى الدينى:

يستخدم العلاج النفسى الدينى فى حالات كثيرة مثل:

* الحالات التى يتضح أن أسبابها وأعراضها تتعلق بالسلوك الدينى والأخلاقى.

* حالات العصاب مثل: القلق والوساوس والهستيريا وتوهم المرض والخوف.

* حالات الاضطرابات والمشكلات الزوجية والأسرية.

* حالات الاضطرابات الانفعالية والمشكلات الجنسية والإدمان.

الفصل الخامس والعشرون

الطرق التوفيقية والتركيبة

ECLECTIC AND CREATIVE SYNTHESIS APPROACH

مقدمة:

يتخذ المعالج النفسي واحدا من مواقف ثلاثة:

* اتباع طريقة علاجية قائمة على نظرية محددة.

* اتخاذ موقف توفيقى بين عدد من النظريات والطرق.

* اتخاذ موقف تركيبى ابتكارى من النظريات والطرق.

وكل هذه المواقف خير وبركة، طالما أنها تحقق هدف العلاج النفسى.

(انظر جارفيلد وكيرتز، Garfield & kurtz، ١٩٧٥).

أما عن الطرق العلاجية القائمة على نظرية محددة فمن أمثلتها نظرية التحليل النفسى، وطريقة التحليل النفسى كما بلورها سيجموند فرويد Freud (١٩٤٩)، ومالها من مسلمات وافتراضات ومفاهيم. وأمثال هؤلاء يعتبرون هذه النظريات نظريات شاملة وضعها علماء عظام.

الطرق التوفيقية: (التخيرية أو الانتقائية) Eclectic Approaches

تقوم الطرق التوفيقية على أساس التمييز والانتقاء والاقتطاف والتجميع والتوفيق بين نظريات وطرق وأساليب وإجراءات العلاج النفسى المختلفة بما يناسب ظروف المعالج والمريض والمشكلة والعملية العلاجية بصفة عامة.

ومن الطرق التوفيقية طريقة العلاج الجشتالتى التى بلورها فريتز بيرلز Perls (١٩٧٠). ويبدو لسان حال الذين يتبنون هذه الطريقة يقول «كل ما يؤدي الهدف فهو صالح».

وتزيد طرق العلاج النفسى المختلفة فى عددها عن ١٣٠ طريقة، أقلها مشهور، ومعظمها غير مشهور ولكنها جميعا تمثل نهر العلاج وروافده. (ستيفين لين، وجون جارسك Lynn & Garske، ١٩٨٥).

والذى يتبع الطرق التوفيقية مثله كمثل من يريد أن يكسب كل الجوائز. وأصحاب الطرق التوفيقية يحاولون إحداث التكامل والتفاعل بين النظريات والطرق المختلفة وإدماجها وإقلال عددها. وتتطلب أية طريقة توفيقية التخفف من حدة الحدود وتخطى الحدود بين النظريات والطرق.

ومن المهم أن يكون لدى المعالج النفسى قدرا كافيا من الدافعية ليبدل جهداً فى عملية التوفيق والتركيب بين طرق العلاج المختلفة. والتوفيقية Eclecticism عملية أكثر منها نظرية، حيث يختار المعالج من كل طريقة ما يناسب وما ينطبق وما يؤثر. فالأسلوب الأمثل هو تطويع النظريات والطرق لتناسب المرضى وليس العكس.

وقد ظهرت الطرق التوفيقية أساسا لتوفق بين النظريات والطرق التى تأخذ المنحى الدينامى وتلك التى تأخذ منحى التعلم، كما بين التحليل النفسى والعلاج السلوكى. (ماركس وجيلدر Marks & Gelder، ١٩٦٦).

وتتضمن التوفيقية التشرب assimilation والتكامل integration. ويتضح ذلك فى ترجمة مفاهيم ومبادئ النظريات والطرق الأخرى لتناسب طريقة الفرد. وهذا واضح فى مفهوم مثل «المقاومة». وتؤكد التوفيقية على أوجه الشبه وخطوط التوازي والعوامل المشتركة أو الأرض المشاع فى النظريات والطرق.

والتوفيقية تكاد تكون «دبلوماسية نفسية»، وتنظر إلى علماء النفس كأقارب وليس كغرباء، وعلى أنهم يتكلمون لغة واحدة وإن كانت ذات لهجات مختلفة. ومعروف أن العلاقة العلاجية، والتعلم، وغيرها، من الإجراءات المتوازية والموحدة في معظم طرق العلاج النفسى.

وتتضح التوفيقية فى النظريات والطرق العلاجية الأحدث.

وتتطلب التوفيقية مرونة الفرد واستعداده لتقبل وجهات نظر الآخرين وميله إلى التوسط والاعتدال وبعده عن التطرف والجمود.

والتوفيقية تتضمن الشمولية. فالمعالج لابد أن يعرف كل الطرق وأن يكون قادرا على استخدامها ومهرا فى الانتقال من إحداها إلى الأخرى أو التوفيق بينها إذا اقتضى الأمر ذلك. (حامد زهران، ١٩٩٨).

الطرق التركيبية الابتكارية، Creative Synthesis Approach

تتلخص أهم ملامح الطرق التركيبية الابتكارية فى أن المعالج يركب طريقة مبتكرة مستخدما ما يتيسر من تراث وحكمة الماضى. وخير مثال هنا طريقة العلاج النفسى بتحقيق الذات التى ركبها وابتكرها إيفيريت شوستروم وآخرون. (Shostrom et al. ١٩٧٧). (لورنس برامر وإيفيريت شوستروم Brammer & Shostrom، ١٩٧٧). والتركيبة تكاد تكون «كيمياء نفسية» موادها نظريات الشخصية والعلاج النفسى وطرقه وأساليبه، وبوتقتها الإطار النظرى لطبيعة الإنسان فى سوائه وانحرافه وفى صحته ومرضه.

والتركيبة تستفيد من الجهود العلمية المتراكمة. والتركيبون يقفون على أكتاف العمالقة الذين سبقوهم ليصلوا إلى مستويات أعلى من الفهم والفعالية فى عملية العلاج.

وفى التركيبة يبدو الابتكار عندما يضع المعالج المفاهيم والممارسات من

النظريات والطرق الأخرى فى نظام ونسق يناسبه هو، بحيث تظهر فى شكل جشتالت جديد لا يكون مجرد مجموع الأجزاء، وكل جشتالت جديد يتقدم خطوة على غيره.

وفى التركيب تتضافر الأفكار والأساليب، سواء كانت دينامية أو بنائية لتكوّن نموذجاً أساسياً جديداً للشخصية.

ويشترط فى عملية التركيب البساطة والتماسك والمرونة وقابلية التطور وإمكانية التطبيق ويسره.

ويوضح عملية التركيب الابتكارى شكل (٦٣).

ويعتبر أساجيولى Assagioli (١٩٦٥) من الذين كتبوا فى التركيب النفسى Psychosynthesis، حيث يشير إلى أهمية تركيب وتكامل الأفكار النفسية ونتائج البحوث وخلصات الأساليب والطرق فى شكل جديد.

ويلاحظ أن التركيب الابتكارى لطريقة العلاج التى يتبعها المعالج قد يستغرق حياته كلها.

نقد الطرق التوفيقية والتركيبية:

تلخص أهم مزايا الطرق التوفيقية والتركيبية فيما يلى:

- * تهدف إلى تحقيق أكبر فائدة علاجية بأى طريقة.
- * تمثل الانفتاح العقلى دون تحيز أو جمود فكرى.
- * تجعل المعالج موضوعياً يحترم كل طرق العلاج وأساليبه.
- * تمكن المعالج من تقديم خدمات علاجية بطريقة أكثر فعالية.
- * تزيل الملل والروتينية، وتنوع خبرات المعالج.

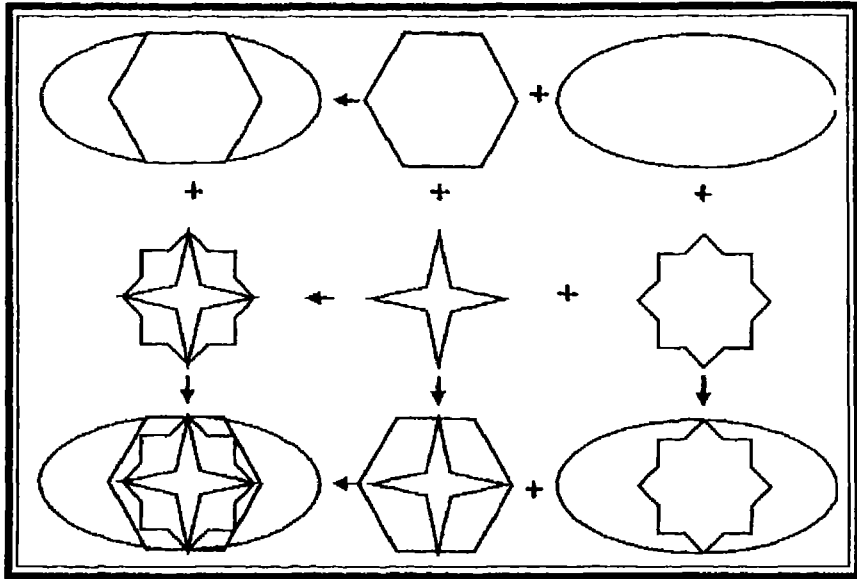
وفى نفس الوقت فإن للطرق التوفيقية والتركيبية بعض العيوب أهمها:

- من الصعب على المعالج الذى يدعى معرفة كل الطرق أن يجيدها جميعاً.

- نادرا ما يكون المعالج توفيقيا أو تركيبيا خالصا، دون أن يكون له طريقة مفضلة.

- فى بعض الحالات تؤدي عملية التوفيق أو التركيب بين طرق العلاج إلى تكوين طريقة غريبة غير متكاملة فاقدة الهوية.

وعلى العموم فإن الكلمة الأخيرة تكون فى تقييم الطريقة التوفيقية أو التركيبية الابتكارية وأساليبها عمليا وتجريبيا فى ضوء أهدافها، فإن حققت نجاحا استمر السعى للتحسين والتطوير وتحقيق مزيد من النجاح.



شكل (٦٣) نموذج التركيب الابتكارى

﴿الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي هَدَانَا لِهَذَا وَمَا كُنَّا لِنَهْتَدِيَ

لَوْلَا أَنْ هَدَانَا اللَّهُ﴾

صدق الله العظيم

المراجع

- = إبراهيم على إبراهيم (١٩٨٥). فعالية العلاج العقلاني في توافق الحياة الزوجية. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة المنيا.
- = إجلال محمد سرى (١٩٨٢). التوافق النفسى للمدرسات المتزوجات والمطلقات وعلاقته ببعض مظاهر الشخصية. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.
- = إجلال محمد سرى (١٩٨٤). الخرافات الشائعة عن النمو النفسى. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، عدد ٧، ص ٢١ - ٥٤.
- = إجلال محمد سرى (١٩٩٠). التوافق المهني لدى مدرسي ومدرسات المواد المختلفة في التعليم الإعدادي والثانوي. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس. عدد ١٤، ص ٣٥٣ - ٣٧٧.
- = إجلال محمد سرى (١٩٩١). التوافق المهني والزواحي لعضوات هيئة التدريس بالجامعة. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس. العدد ١٥، ص ٧٥ - ١٠١.
- = أحمد زكى بدوى (١٩٧٨). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان.
- = إسعاد البنا (١٩٩٠). دور الأدعية والأذكار في علاج القلق كأحد طرق العلاج النفسى الدينى. المؤتمر السنوى السادس لعلم النفس فى مصر. الجمعية المصرية للدراسات النفسية. ص ٥١ - ٦٨.
- = أنطونى ستور (ترجمة) لطفى فطين (١٩٩١). فن العلاج النفسى. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- = جوليان روتر (ترجمة) عطية هنا ومحمد عثمان نجاتي (١٩٧٧). علم النفس الإكلينيكي. الكويت: دار القلم.
- = حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٣). الوقاية من المرض النفسى. مجلة الصحة النفسية. مارس ١٩٧٣. ص ٣٢ - ٣٥.
- = حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٦). مقدمة فى الإرشاد والعلاج النفسى وأثرها فى

- عملية الإرشاد والعلاج: دراسة كLINيكية. الكتاب السنوى فى التربية وعلم النفس. مجلد ٤، ص ١ - ٨٥.
- = حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٦ أ). دليل فحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى. القاهرة: عالم الكتب.
- = حامد عبد السلام زهران (١٩٩٠). علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة. (ط ٥). القاهرة: عالم الكتب.
- = حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسى (ط ٣). القاهرة: عالم الكتب.
- = حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٨). التوجيه والإرشاد النفسى (ط ٣). القاهرة: عالم الكتب.
- = حامد عبد السلام زهران وإجلال محمد سرى (١٩٩٠). الرعاية النفسية للأولاد فى هدى القرآن الكريم. المؤتمر الدولى: الطفولة فى الإسلام، القاهرة (أكتوبر ١٩٩٠)، ص ٣٠١ - ٣٤٤.
- = رسمية على خليل (١٩٦٨). الإرشاد النفسى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- = رشدى فام منصور (١٩٩٨). علم النفس العلاجى: رحيق السنين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- = ريتشارد سوين (ترجمة) أحمد عبدالعزيز سلامة (١٩٧٩). علم الأمراض النفسية والعقلية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- = سعد جلال (١٩٦٢). علم النفس الإكلينيكى. القاهرة: دار المعارف.
- = سعد جلال (١٩٦٦). المرجع فى علم النفس. القاهرة: دار المعارف.
- = سعد جلال (١٩٦٧). التوجيه النفسى والتربوى والمهنى. القاهرة: دار المعارف.
- = سلوى محمد عبدالباقى (١٩٨٩). اللعب بين النظرية والتطبيق. الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.
- = سليمان الخضرى الشيخ وآخرون (١٩٨٨). دراسة مسحية للبحوث التربوية والنفسية من الثلاثينيات. القاهرة: أكاديمية البحث العلمى والتكنولوجيا.

- = سليمان الريحاني (١٩٨٥). تطوير اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية. دراسات تربوية. مجلد ١٢، عدد ١١، ص ٧٧-٩٥.
- = سليمان الريحاني (١٩٨٧). الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيين والأمريكيين دراسة عبر ثقافية لنظرية إليس فى العلاج العقلانى العاطفى. مجلة دراسات العلوم التربوية، الجامعة الأردنية. مجلد ١٤. عدد ٥. ص ٧٣ - ١٠٢.
- = سليمان الريحاني وآخرون (١٩٨٩). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكئاب لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية. مجلة دراسات العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، مجلد ١٦، عدد ٦، ص ٣٦ - ٥٦.
- = سوسن عثمان عبداللطيف (١٩٨٨). الخدمات الفردية لتلاميذ المرحلة الابتدائية فى ضوء النظريات الحديثة. ندوة الخدمات التربوية. الإدارة المركزية للخدمات التربوية، وزارة التعليم. القاهرة (نوفمبر، ١٩٨٨).
- = شيلدون أيزنبرج، دانييل ديلاى (ترجمة) على سعد، عدنان الأحمد (١٩٩٥). عملية الإرشاد النفسى. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- = صفاء غازى (١٩٩١). فاعلية أسلوب العلاج الجماعى (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج حالات اللجلجة. رسالة دكتوراه، كلية التربية جامعة عين شمس.
- = صلاح الدين عبد القادر محمد (١٩٩٩). أثر الإرشاد العقلانى الانفعالى السلوكى فى تعديل الاتجاه نحو المرض النفسى والمرضى النفسيين. مجلة الإرشاد النفسى، كلية التربية جامعة عين شمس، عدد ٩، ص ١٦٥ - ٢٣٩.
- = عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧). موسوعة التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- = عباس عوض (١٩٧٧). الموجز فى الصحة النفسية. القاهرة: دار المعارف.
- = عبدالرحمن عيسوى (١٩٧٩). العلاج النفسى. الإسكندرية: دار الفكر الجامعى.
- = عبدالستار إبراهيم (١٩٨٣). العلاج النفسى الحديث قوة للإنسان (٢). القاهرة: مكتبة مدبولى.

- = عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤). العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- = عبدالسلام عبدالغفار (١٩٧٦). مقدمة فى الصحة النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- = عبدالعزيز القوصى (١٩٦٩). أسس الصحة النفسية (ط٩). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- = عبداللطيف عمارة (١٩٨٥). العلاج العقلانى الانفعالى لبعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.
- = عبد الناصر بار (١٩٩٣). العلاج النفسى فى ضوء القرآن والسنة. مكة المكرمة: المكتبة المكية.
- = عبدالمنعم الحفنى (١٩٧٨). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى. القاهرة: مكتبة مدبولى.
- = عزيز حنا داود، محمد عبد الظاهر الطيب، عادل هاشم (١٩٩١). الشخصية بين السواء والمرض. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- = عطوف محمود ياسين (١٩٨١). علم النفس العيادى «الإكلينيكى». بيروت: دار العلم للملايين.
- = عطية محمود هنا ومحمد سامى هنا (١٩٧٦). علم النفس الإكلينيكى: التشخيص النفسى (ج١) (ط٢). القاهرة: دار النهضة العربية.
- = عمر شاهين ويحىى الرخاوى (١٩٦٥). مبادئ الأمراض النفسية. القاهرة: النصر الحديثة.
- = فاخر عاقل (١٩٧٧). معجم علم النفس. «إنجليزى - فرنسى - عربى». بيروت: دار العلم للملايين.
- = فرج عبدالقادر طه وآخرون (د.ت). معجم علم النفس والتحليل النفسى. بيروت: دار النهضة العربية.

- = فيصل عباس (١٩٨٣). إشكالات المعالجة النفسية. بيروت: دار المسيرة.
- = فيصل محمد خير الزراد (١٩٨٤). الأمراض العضابية والذهانية والاضطرابات السلوكية. بيروت: دار القلم.
- = كاميليا عبدالفتاح (١٩٧٥). العلاج النفسى الجماعى للأطفال باستخدام اللعب. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- = كلارك موستاكس (ترجمة) عبد الرحمن سليمان (١٩٩٠). علاج الأطفال باللعب. القاهرة: دار النهضة العربية.
- = كمال إبراهيم مرسى (١٩٨٨). المدخل إلى علم الصحة النفسية. الكويت: دار القلم.
- = لويس كامل مليكة (١٩٩٢). علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والتنبؤ فى الطريقة الإكلينيكية (ج١) (٥ط). القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- = ماهر محمود عمر (١٩٨٩). المقابلة فى الإرشاد والعلاج النفسى. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- = محمد المهدي (١٩٩٠). العلاج النفسى فى ضوء الإسلام. المنصورة: دار الوفاء.
- = محمد حامد زهران (١٩٩٩). المشكلات الدراسية ومدى فاعلية برنامج إرشاد مصغر للتعامل معها بأسلوب قراءة المودبولات مع شرائط الفيديو والمناقشة الجماعية. رسالة دكتوراه، كلية التربية جامعة عين شمس.
- = محمد خليفة بركات (١٩٧٨). عيادات العلاج النفسى والصحة النفسية. الكويت: دار القلم.
- = محمد عبدالظاهر الطيب (١٩٨١). تيارات جديدة فى العلاج النفسى. القاهرة: دار المعارف.
- = محمد عبدالظاهر الطيب ومحمد عبدالعال الشيخ (١٩٩٠). الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من طلاب الجامعة وعلاقتها بالجنس والتخصص الأكاديمي: المؤتمر السنوى السادس لعلم النفس فى مصر. الجمعية المصرية للدراسات النفسية. ص ٢٤٩ - ٢٦٤.

- = محمد عبدالعال الشيخ (١٩٩٠). الأفكار اللاعقلانية لدى الأمريكيين والأردنيين والمصريين: دراسة عبر ثقافية في نظرية «إليس» للعلاج العقلاني. المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر. الجمعية المصرية للدراسات النفسية. ص ٢٦٥-٢٨٤.
- = محمد عبد العال الشيخ (١٩٩٠). أثر العلاج بالواقع في تعديل مفهوم الذات لدى المعاقين جسمياً. مجلة كلية التربية جامعة طنطا، عدد ١١ ب، ص ١ - ٥٣.
- = محمد عثمان مجاتي (١٩٨٢). القرآن وعلم النفس. بيروت: دار الشروق.
- = محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٥٩). الشخصية والعلاج النفسي. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- = محمد عودة وكمال إبراهيم مرسى (١٩٨٤). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام. الكويت: دار القلم.
- = محمد كامل النحاس (١٩٦٤) الدين والصحة النفسية. مجلة الصحة النفسية. العدد ٢ ص ١-٥.
- = مصطفى أحمد فهمى (١٩٦٧). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: مكتبة مصر.
- = مصطفى أحمد فهمى (١٩٦٧) الصحة النفسية. القاهرة: دار الثقافة.
- = مصطفى خليل الشرقاوى (١٩٨٣). علم الصحة النفسية. بيروت: دار النهضة العربية.
- = مصطفى سويف وآخرون (١٩٨٥). مرجع في علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: دار المعارف.
- = مصطفى عبدالواحد (١٩٧٠). شخصية المسلم كما يصورها القرآن (ط٣). القاهرة: مكتبة عمار.
- = ملاك جرجس (١٩٨٦). المشكلات النفسية للطفل وطرق علاجها. القاهرة: كتاب الحرية.

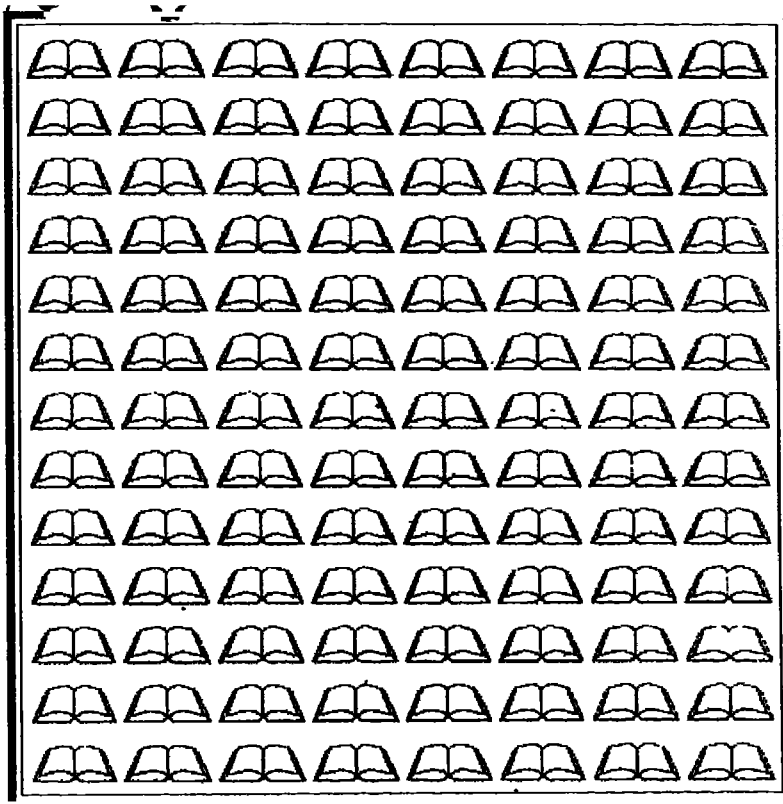
- = ناهد عبدالعال الخراشي (١٩٨٧). أثر القرآن الكريم فى الأمن النفسى. القاهرة: وكالة الأهرام للتوزيع.
- = نبيل عبدالفتاح حافظ (١٩٨١). مدى فعالية العلاج الجشستالى فى تخفيف القلق لدى طلاب المرحلة الثانوية. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.
- = نعيم الرفاعى (١٩٩٤). العيادة النفسية والعلاج النفسى. (ج ١، ٢) (ط ٤). دمشق: مطبوعات جامعة دمشق.
- = وليم الخولى (١٩٧٦). الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى. القاهرة: دار المعارف.
- = يسرية صادق (١٩٨٩). خبرات اللعب «أنماط- سلوكيات- أدوات» فى ضوء بعض قدرات التفكير التباعدى لدى أطفال ما قبل المدرسة. المؤتمر السنوى الخامس لعلم النفس فى مصر. الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ص ٣١٨-٣٥٠.

-
- = Adams - Stefko, Michelle (1995). Psychosocial effects of technological innovation. Dissertation Abstracts International, 56, 4 (B), 2380.
- = Almog, Yishai J. (1995). Rethinking clinical psychology: The development of a sociocultural model. for psychotherapy. Dissertation Abstracts International, 56,1 (B), 514.
- = Assagioli, R. (1965). Psychosynthesis. New York: Viking Press.
- = Axline, Virginia (1974). Play Therapy. New York: Ballantine Books.
- = Berlin, Irving (1967). Secondary Prevention. In Freedman & Kaplan (Eds.) pp. 1541- 1548.
- = Brammer, Lawrence & Shostrom, Everett (1977). Therapeutic Psychology (3rd Ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- = Ellis, Albert (1973). Rational - Emotive Therapy. Psychology Today. July 1973, 56- 62.
- = Ellis, Albert (1974). Humanistic Psychotherapy. New York: Mc Graw- Hill.
- = Ellis, Albert (1977). Reason and Emotion in Psychotherapy. New Jersey: The Citadel Press.
- = Ellis, Albert (1982). The Rational- Emotive Therapy. In Burks, H. The Theory and Practice of Counselling Psychology. London: Pitman.
- = English, Horace & English, Ava (1958). A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms. London: Longmans.
- = Fly, Barbara J. (1996). A survey of the ethical behavior of students in graduate training programs in psychology. Dissertation Abstracts International, 56,9 (B), 5468.
- = Freedman, Alfred (1967). Tertiary Prevention, In Freedman & Kaplan (Eds.) pp. 1548- 1551.
- = Freedman, Alfred & Kaplan, Harold (Eds.) (1967).

- Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.
- = Freud, Sigmund (1949). An Outline of Psychoanalysis. New York: Norton.
- = Garfield, S. L. and Kurtz, R. (1975). Clinical psychologists: A survey of selected attitudes and views. *Clinical Psychologist*, 28,3,4-7.
- = Gollhofer, Ellen M. (1995). The relationship of job satisfaction to level of experience of clinical psychologists. *Dissertation Abstracts International*, 55.8 (B), 3587.
- = Haas, J. William (1995). The application of cinema in the practice of psychotherapy. *Dissertation Abstracts International*, 56. 4 (B), 2327.
- = Hansen, James (Ed.). (1978) *Counseling Process and Procedures*. New York: Macmillan.
- = Jones, Sheryl H. (1996). A study of the effects of psychotherapy training on doctoral - level clinical psychology graduate students and psychiatry residents. *Dissertation Abstracts International*, 56,7 (B), 3676.
- = Klepsch, Marvin & Logie, Laura (1982). *Children Draw and Tell: An Introduction to the Projective Uses of Children's Human Figure Drawings*. New York: Brunner.
- = Kramer, Edith (1985). *Art Therapy in a Children's Community*. Springfield, Illinois: Charles Thomas.
- = Kramer, Edith (1971). *Art as Therapy with Children*. New York: Schocken Books.
- = Kramer, Edith (1979). *Childhood and Art Therapy*. New York: Schocken Books.
- = Lazarus, Richard (1969). *Patterns of Adjustment and Human Effectiveness*. New York :Mc Graw- Hill.
- = Levin, Lawrence and Shepherd, Irma (1978). The Role of the Therapist in Gestalt Therapy. In Hansen, James (1978). pp. 195-203.

-
- = Lynn, Steven & Garske, John (Eds.) (1985). Contemporary Psychotherapies: Models and Methods. London: Charles Merrill.
 - = Marks, I. and Gelder, M. G. (1966). Common ground between behaviour therapy and psychodynamic methods. British Journal of Medical Psychology. 39, 11- 23.
 - = Morgan, H. & Morgan, M. (1984). Aids to Psychiatry (2nd Ed.). London: Churchill Livingstone.
 - = Naumburg, Margaret (1966). Dynamically Oriented Art Therapy: Its Principles and Practice. New York: Grune & Stratton.
 - = Naumburg, Margaret (1973). An Introduction to Art Therapy. New York: Teachers College Press.
 - = Perls, Fritz (1969). Gestalt Therapy Verbatim. Lafayette, California: Real People Press.
 - = Pietrofesa, John ,Hoffman, A., Splete, H. & Pinto.D. (1978). Counseling: Theory, Research,and Practice. Chicago: Rand Mc Nally College Publishing Co.
 - = Pietrofesa, John, Bernstein, B., Minor, J. & Stanford, S. (1980). Guidance: An Introduction. Chicago: Rand McNally College Publishing Co.
 - = Pottash, Joyce G. (1994). A family therapy model to enhance social skills of children with learning disabilities. Dissertation Abstracts International, 55,9 (B), 2015.
 - = Recapreo, Christopher M. (1996). The vocational aspirations and scientist - practitioner interests of counseling and clinical psychology graduate students. Dissertation Abstracts International, 56,9 (A), 3513.
 - = Rogers, Carl (1970). Carl Rogers on Encounter Groups. New York: Harper & Raw.
 - = Sherrard. Peter A. (1989). Mental health counseling: Benefits of a double description. Journal of Mental Health Counseling, 11. 1, 36 - 43.
 - = Shostrom, Everett et al. (1976). Actualizing Therapy:

- Foundations for a Scientific Ethic. San Diego: EDITS Book Co.
- = Suler, John R. (1987). Computer - simulated psychotherapy as an aid in teaching clinical psychology. *Teaching of Psychology*, 14, 1, 37 - 39.
- = Thompson, Charles & Rudolph, Linda (1983). *Counseling Children*. Monterey, California: Brooks/ Cole.
- = Vanek, Carol A. (1990). Survey of ethics education in clinical and counseling psychology. *Dissertation Abstracts International*, 51, 12 (B), 5797.
- = Vonerden, Jeanne M. (1994). An assessment of the need for training to incorporate religious/ spiritual values in psychotherapy. *Dissertation Abstracts International*, 55,3 (B), 1196.
- = Wadeson, Harriet (1980). *Art Psychotherapy*. New York: Wiley.
- = Wadeson, Harriet (1987). *The Dynamics of Art Therapy*. New York: Wiley.
- = Wallack, Lawrence & Winkleby, Marilyn (1987). Primary prevention: A new look at basic concepts. *Social Science & Medicine*. 25, 923- 930.
- = Watson, Robert (1963). *The Clinical Method in Psychology*. New York: John Wiley.
- = Woodworth, Robert S. & Sechrest, Lee (1992). Reprinting of the future of clinical psychology. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 1, 16 - 23.
- = Ziegenfuss, Laverne R. (1996). Monitoring countertransference. *Dissertation Abstracts International*, 56,7 (B), 4031.
- = Young, Kimberly S. (1994). The reliability and validity of the personal interview in practitioner - model clinical psychology doctoral programs. *Dissertation Abstracts International*, 55,1 (B), 220.



فهرس الموضوعات

| صفحة | |
|------|--|
| ٣ | تقديم |
| ٥ | الباب الأول |
| ٥ | أسس علم النفس العلاجي |
| ٧ | الفصل الأول: مفاهيم أساسية في علم النفس العلاجي |
| ٢٧ | الفصل الثاني: الصحة النفسية |
| ٣٣ | الفصل الثالث: التوافق النفسي |
| ٣٩ | الفصل الرابع: المرض النفسي |
| ٤٥ | الفصل الخامس: أسباب الأمراض النفسية |
| ٤٩ | الفصل السادس: أعراض الأمراض النفسية |
| ٥٥ | الفصل السابع: الفحص والتشخيص والمآل |
| ٥٩ | الفصل الثامن: وسائل جمع المعلومات في العلاج النفسي |
| ٨٣ | الفصل التاسع: عملية العلاج النفسي |
| ٩٧ | الباب الثاني |
| ٩٧ | طرق العلاج النفسي |
| ٩٩ | الفصل العاشر: تعدد طرق العلاج النفسي |
| ١٠٣ | الفصل الحادي عشر: التحليل النفسي |
| ١١٩ | الفصل الثاني عشر: العلاج السلوكي |
| ١٣٣ | الفصل الثالث عشر: العلاج النفسي الجماعي |
| ١٤٧ | الفصل الرابع عشر: العلاج الاجتماعي |
| ١٥١ | الفصل الخامس عشر: العلاج باللعب |
| ١٥٩ | الفصل السادس عشر: العلاج بالعمل |

| | |
|-----|--|
| ١٦٣ | الفصل السابع عشر: الإرشاد العلاجي |
| ١٦٩ | الفصل الثامن عشر: العلاج العقلاى الانفعالى |
| ١٧٩ | الفصل التاسع عشر: العلاج بالواقع |
| ١٨٥ | الفصل العشرون: العلاج بالقراءة |
| ١٨٩ | الفصل الحادى والعشرون: العلاج الجشتالى |
| ٢١٥ | الفصل الثانى والعشرون: العلاج بتحقيق الذات |
| ٢٤٥ | الفصل الثالث والعشرون: العلاج النفسى بالفن |
| ٢٦٣ | الفصل الرابع والعشرون: العلاج النفسى الدينى |
| ٢٦٩ | الفصل الخامس والعشرون: الطرق التوفيقية والتركيبة |
| ٢٧٥ | المراجع |